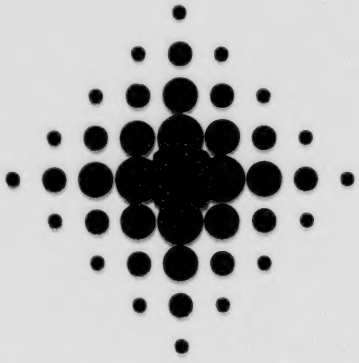
18

Recherche

La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire

Gilles Dussault,
Jean Harvey,
Henriette Bilodeau



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

18

Recherche

La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire

Gilles Dussault,
Jean Harvey,
Henriette Bilodeau

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08464-4

La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire

Gilles Dussault, Ph.D
Jean Harvey, Ph.D
Henriette Bilodeau, M.Sc.

avec la collaboration de

Jean-Didier Bardy, MD
Jean-Pierre Robitaille, B. A.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Université de Montréal

Juillet 1987

Table des matières

Introduction

1. L'organisation du travail et ses déterminants 1

1.1 La notion de division du travail sanitaire 1

1.2 La hiérarchie sanitaire 7

1.3 L'émergence des monopoles professionnels 10

1.4 Les relations entre les professions 12

2. L'impact de la réglementation professionnelle 14

2.1 L'évolution du professionnalisme au Québec 16

2.1.1 Le corporatisme au Québec, des origines à 1970 16

2.1.2 La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1965-1970) 19

2.1.3 Le Code des Professions (1973) 22

2.2 Bilan de l'application du Code des professions: l'uniformisation des structures et le contrôle de l'expansion du corporatisme 24

2.3 Bilan de l'application du Code des professions: la protection du public 28

2.3.1 Les activités d'inspection professionnelle des corporations du secteur socio-sanitaire 29

2.3.1.1 Les petites corporations professionnelles (moins de 500 membres) 32

2.3.1.2 Les corporations de taille moyenne (500 à 1000 membres) 38

2.3.1.3 Les corporations de grande taille (1000 à 5000 membre 43

2.3.1.4 Les corporations de très grande taille (5000 membres et plus) 54

2.3.1.5 Conclusion 59

2.3.1.6 Observations générales 62

2.4. Bilan de l'application du Code des professions: favoriser la collaboration interprofessionnelle 64

2.4.1.Le mécanisme de délégation des actes médicaux et infirmiers 67

2.4.2 L'adoption des règlements de délégation d'actes 74

2.4.3 L'application des règlements de délégation d'actes 76

2.4.4 Impact sur la collaboration interprofessionnelle 84

2.4.5 Satisfaction des groupes visés par le règlement 86

2.4.6 Conclusion 89

3. Synthèse et propositions 91

3.1 La protection du public 93

3.1.1 L'inspection professionnelle 93

3.1.2 La représentation du public 98

3.1.3 Le rôle de l'Office des Professions 99

3.2 La collaboration entre les professions 100

3.2.1 Remise en question la notion de champ d'exercice exclusif 105

3.2.2 Les actes réservés 110

Bibliographie 115

Annexes:

1. Tableaux 121
2. Chronologie de l'application de la réglementation des actes délégués 137
3. REGLEMENTS DE DELEGATION D'ACTES PROFESSIONNELS 152

Introduction

Environ 170,000 personnes travaillent dans les services socio-sanitaires et les coûts de l'emploi de cette main-d'oeuvre représentent près de 80% des dépenses de santé. La façon dont les tâches sont réparties entre ces personnes a des effets déterminants sur le fonctionnement du système de soins.

Dans tout système de production le moindrement complexe, il y a une division du travail entre les producteurs et une organisation de leurs activités en vue de la production. Les facteurs qui déterminent la division et l'organisation du travail ne sont pas toujours faciles à identifier; ils sont principalement de nature technique (exigences de la tâche), économique (pressions de la demande, rapport coûts-bénéfices), sociale (traditions, normes sociales) et juridique (lois, règlements).

La production socio-sanitaire n'est différente des autres secteurs de production qu'au sens où certains facteurs ont plus d'influence sur elle que d'autres; au Québec, comme elle se fait surtout dans le cadre de services publics, les facteurs économiques n'ont pas joué de la même façon qu'ils l'auraient fait dans le cadre de l'économie de marché. L'intervention de l'État et de son appareil législatif et réglementaire a été déterminante depuis que les services d'hospitalisation ont été pris en charge à partir du début des années 1960.

Si nous essayons d'identifier les principales règles formelles qui encadrent l'organisation et le fonctionnement des services socio-sanitaires, nous pouvons les regrouper en quatre catégories: les lois, les règlements, les accords négociés et les règles administratives. Les principales lois sont la Loi sur la santé et les services sociaux, la Loi de l'assurance-maladie, le Code des professions et les lois qui constituent certaines professions de la santé et

des services sociaux en corporation. Les règlements adoptés en vertu de ces lois viennent en étendre la portée. Les conventions collectives de travail adoptées en vertu du Code du travail, et les autres accords du même type négociés par les syndicats constitués selon la Loi des syndicats professionnels ou par des associations volontaires reconnues pour fins de négociation par l'État et ses diverses agences, constituent autant d'ensemble de règles qui déterminent la manière dont les services seront produits. Enfin, les organismes, qui dispensent des services, sont soumis à de nombreuses règles administratives que leur impose l'État et ses diverses agences; elles-mêmes en formulent d'autres pour régir les comportements des producteurs et l'organisation de la production[1].

Dans ce rapport, nous allons étudier la réglementation professionnelle mise en place dans le cadre de la réforme du système de soins du début des années 1970. Pour nous convaincre de l'importance de nous pencher sur cette dimension du fonctionnement du système socio-sanitaire, rappelons seulement que parmi l'ensemble des producteurs de soins, près de 120,000 sont des "professionnels" qui forment 22 occupations et plus de 80 spécialités différentes. Ces professionnels sont membres de corporations et certains, comme les médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières, par exemple, ont le droit exclusif d'exercer certaines tâches, ce qui leur confère une place tout à fait stratégique dans la division du travail. La loi qui régit leurs activités, leur permet de contrôler un champ d'exercice plus ou moins étendu et, dans certains cas, de contrôler les activités des membres des autres occupations qui y travaillent. À ce titre, ils ont une grande influence sur la production dans leur domaine. Par exemple, les médecins ont le monopole légal du diagnostic et du traitement des maladies et, en conséquence, ils exercent une autorité sur les activités de plusieurs autres fournisseurs de

1 Le cadre juridique de la production et de la consommation des services socio-sanitaires est examiné en détails par Lajoie et al. (1981).

soins et services de santé, en particulier par le mécanisme de la prescription. Sans avoir le pouvoir absolu de décider de la répartition des tâches, leur influence, comme groupe professionnel, sur la division du travail dans les services de santé est considérable.

L'octroi de privilèges de monopole, en santé comme dans tout domaine d'activité, a pour effet d'exclure des groupes offrant des services qui pourraient être substitués à ceux des professionnels en place. En plus de pouvoir contrôler la compétition venant de l'extérieur, les corporations ont traditionnellement empêché la compétition entre leurs membres, par l'interdiction de la publicité et par l'établissement d'échelles tarifaires. Il en résulte que certains services deviennent moins disponibles et plus chers (Lemelin et Leblanc, 1984, Nieuwenhuysen et Wynn-Williams, 1982, Gaumer, 1984). Enfin, l'octroi par le législateur de privilèges d'exercice risque également d'entraîner une compartimentation des services, en attribuant aux diverses occupations qui les produisent un territoire qu'elles défendront ensuite jalousement contre les empiètements d'éventuels envahisseurs; les coûts de cette division rigide des tâches sont difficiles à estimer, mais ils sont bien réels.

Dans ce rapport, nous étudions l'impact de la réglementation professionnelle en vigueur au Québec depuis 1973 sur le fonctionnement du système socio-sanitaire. Le premier chapitre fournit une grille d'analyse pour favoriser une meilleure compréhension des rapports qui lient les groupes de producteurs de services socio-sanitaires. Nous explorons la littérature sur la division du travail sanitaire pour mieux comprendre les processus à l'origine de l'organisation actuelle du sytème de soins. Le chapitre suivant étudie l'impact de la réglementation professionnelle; nous retraçons d'abord les origines de cette réglementation et nous en examinons les effets en reprenant un à un les quatre objectifs principaux que le législateur visait en l'adoptant. Ces objectifs étaient de (1) mieux protéger le public dans ses rapports avec les producteurs de services professionnels; (2) d'uniformiser le système

professionnel; (3) de freiner l'expansion du corporatisme; (4) de favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Le dernier chapitre présente les conclusions et propose des modalités d'intervention en matière de réglementation professionnelle dans l'optique de la poursuite des objectifs formulés en 1973.

1. L'organisation du travail et ses déterminants

S'il est essentiel d'avoir une image aussi exacte que possible du nombre et des différents types de producteurs de soins et services, il est tout aussi important, sinon plus, de connaître l'organisation sociale qui détermine l'exercice de leurs activités, c'est-à-dire de savoir comment est organisé le travail et comment cette organisation évolue. Le nombre de producteurs de soins ne nous informe que sur l'offre de services, encore que cette information ne soit que partielle. L'organisation du travail, elle, nous informe sur les relations entre les producteurs ainsi que sur les relations entre eux et leurs clients. Indépendamment du nombre de producteurs, l'organisation du travail détermine la qualité et l'efficacité des services. Selon qu'elle sera souple ou rigide, plus ou moins bureaucratique, qu'elle favorise ou non la participation des clients à la solution de leurs problèmes, elle aura un impact différent sur la facon dont les services sont produits et consommés.

Par organisation du travail, nous entendons le système de règles et de normes qui déterminent comment s'exécute la production de services dans le domaine sanitaire ainsi que les rapports sociaux qui en résultent. Entre autres, ce système de règles détermine les conditions de la division du travail en tâches ou ensemble de tâches distinctes et de leur répartition entre divers sous-groupes de producteurs.

1.1 La notion de division du travail sanitaire

La notion de division du travail réfère précisément à l'organisation des différentes tâches et fonctions au sein d'une société ou d'une unité productive; elle est modelée tant par les impératifs techniques des tâches à

accomplir que par les règles, normes et rapports de pouvoirs qui entrent en jeu dans toute activité de production et:

> " Plus grande est la complexité de la société et plus élevé son niveau de développement, plus grande est la différenciation des tâches". (Harnecker, 1974: 25)

On distingue généralement trois dimensions dans la division du travail: la "division de la production sociale", qui est la division de la production en différentes branches, sphères ou secteurs, la "division technique du travail", qui désigne la division des tâches à l'intérieur d'un même processus de production et la "division sociale du travail", qui est la répartition des différentes tâches que les individus accomplissent dans la société en fonction de la situation que ces individus occupent dans la structure sociale (Harnecker: 1974, 25-27).

Ici, c'est la distinction entre division technique du travail et division sociale du travail qui retiendra l'attention. La première renvoie aux différentes tâches accomplies par chacun des producteurs engagés dans un processus de production donné. Ainsi l'organisation des tâches spécifiques accomplies dans une unité de soins par chacune des personnes qui y travaillent, constitue la division technique du travail. Quant à la division sociale du travail, c'est la division des tâches en fonction de la position sociale que les producteurs détiennent au sein de la société; c'est elle qui va déterminer le niveau de pouvoir de chacun des producteurs au sein d'un processus de production. Par exemple, l'autorité du médecin sur le personnel infirmier s'explique en termes de division sociale du travail.

La division technique du travail est étroitement associée à la division sociale du travail. En fait, elles s'influencent continuellement l'une et

l'autre. La division technique du travail n'est pas indépendante des conditions sociales qui la gouvernent. Par exemple, la délégation des actes médicaux au personnel infirmier peut être vue sous cet angle. Les tâches en question relèvent de la médecine parce qu'elle a le pouvoir, qui lui est conféré par la loi, de se les approprier (et éventuellement de les déléguer), indépendamment du fait que le personnel infirmier soit qualifié ou pas pour accomplir tel ou tel acte.

Le fait que les services soient produits par divers appareils de production ou types d'organisations qui imposent leur propres contraintes complique considérablement l'analyse de la division du travail socio-sanitaire. Dans certains cas, le travail se fait dans des établissements de grande taille, très structurés, selon des régles très élaborées; l'organisation technobureaucratique impose sa propre logique à la division du travail socio-sanitaire (Chauvenet, 1981). Dans d'autres cas, les services sont produits dans des petits établissements (cabinets privés, polycliniques, CLSC, etc.), où les règles sont plus souples et relèvent plus de la discrétion des acteurs. La division du travail est alors plus susceptible d'être influencée par les acteurs que dans une grande organisation, même si cette influence est limitée par les lois et réglements qui encadrent la production des services de santé. Bref, plusieurs facteurs influencent l'évolution de la division du travail sanitaire.

À la base, la division du travail sanitaire est structurée par celle de la société. Dans une économie de marché, la division sociale du travail sanitaire épouse grosso modo les mêmes règles qui s'appliquent à l'organisation des autres dimensions de la vie sociale. Certains auteurs défendent le point de vue que dans les sociétés capitalistes avancées, la médecine ne peut être que capitaliste (Navarro, 1976; 1985) et n'être qu'une médecine de classe (Chauvenet; 1978). Même si le Québec dispose d'un système de santé largement socialisé, certaines parties du système ne le sont pas comme les polycliniques, l'industrie pharmaceutique, etc. On a également tendance

à mesurer l'efficacité du système selon les critères de l'économie du marché (Rapport du Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, 1986)

Les sociétés capitalistes avancées sont aussi des sociétés particulièrement marquées par l'inégalité d'accès aux ressources et au pouvoir. Ces inégalités sont généralement décrites en termes de hiérarchie entre les élites et la masse ou en termes de stratification en classes sociales. Cette variable n'est pas sans importance quand il s'agit de rendre compte du pouvoir des professions au sein de la société. Harvey (1984: 23) a souligné que l'explication de l'émergence du professionnalisme en tant que forme d'organisation du travail dans le secteur de la santé au Québec et l'importance particulière qu'elle y a prise, sont le résultat autant des transformations de la structure des classes sociales et des relations de pouvoir qui en résultent, que de l'évolution du savoir médical.

Le cadre législatif et réglementaire imprime lui aussi sa marque sur la division du travail sanitaire. Il importe donc de souligner ici le rôle central joué par l'Etat dans la division du travail. Son influence ne se limite pas à accorder certains pouvoirs à des groupes professionnels en leur assurant le monopole d'un marché ou celui d'un titre professionnel, bien qu'il s'agisse déjà là d'un facteur-clé. Le ministère de la Santé et des affaires sociales, l'Office des professions, la Régie de l'assurance-maladie, la Commission de la santé et de la sécurité au travail, pour ne nommer que quelques agences de l'État, imposent aussi, chacune à sa manière, des normes déterminantes pour l'organisation de la production de services socio-sanitaires.

Il faut aussi souligner le rôle important des règles organisationnelles au sein de chaque unité de production. L'organisation du travail sanitaire est sensiblement différente selon qu'il s'agit d'un grand centre

hospitalier situé dans un centre urbain ou d'un cabinet de médecin à la campagne. Entre ces deux "extrêmes", toutes les variantes sont possibles. Ainsi, par exemple, dans un cas les infirmières pourront être chargées de tâches bureaucratiques ou routinières et dans un autre cas, de faire des "évaluations de santé". Les règles organisationnelles originent autant des organisations elles-mêmes, qui ont leurs traditions, leurs façons de faire, leur règlementation interne, que de l'extérieur, comme c'est le cas des organi-- sations régies par une loi ou lorsque des conventions de travail nationales dictent plus ou moins l'organisation du travail.

Indépendamment des règles institutionnelles, les relations interpersonnelles entre les différents producteurs au sein d'une même unité de production peuvent aussi avoir une certaine influence sur la division technique du travail. La technologie en usage est aussi un facteur déterminant. Quand nous parlons de technologie, nous faisons référence autant au savoir technique et scientifique utilisé par les différents groupes professionnels qu'à l'arsenal diagnostique et thérapeutique. L'évolution du savoir scientifique et technique a mené à l'apparition des spécialités à l'intérieur des professions favorisant le processus de division du travail. Cette division ne semble pas s'être opérée exclusivement selon des critères techniques, même si le capital cognitif d'un groupe occupationnel détermine en bonne partie sa capacité d'influencer la division du travail (Turner, 1985). C'est du moins ce qui a été souligné par Chauvenet (1978) et Freidson (1986). Ce dernier a montré qu'au sein de la profession médicale, par exemple, les pouvoirs et les intérêts ne sont pas les mêmes entre ceux qui occupent des fonctions de professeurs-chercheurs, ceux qui sont praticiens sur le terrain et ceux qui travaillent dans l'administration et qu'il en résulte un certain arbitraire dans la délimitation des spécialités médicales, consécutif aux négociations dont la spécialisation est l'objet. Le refus récent d'accorder le statut de spécialité à la médecine d'urgence par la Corporation des médecins peut servir d'illustration.

Le développement de l'arsenal diagnostic et thérapeutique amène avec lui de nouvelles fonctions et entraîne une hiérarchisation des producteurs de soins. Encore là, la rationalité technique n'explique pas tout. Un appareil quelconque peut exiger la présence de tel ou tel spécialiste qui n'est pas disponible. Un autre professionnel sera alors chargé de l'utilisation de l'appareil en question. C'est ainsi que le même appareil sera "contrôlé" par des spécialistes différents dans des établissements différents. La disponibilité d'appareils de lythotriptie a soulevé la question de savoir qui du radiologue ou de l'urologue devait prendre charge de leur fonctionnement; la réponse à cette question n'est pas que technique et peut dépendre de la situation particulière de chaque établissement, de la disponibilité en personnel spécialisé ou encore des rapports personnels et professionnels entre les spécialistes en place.

Que la répartition des tâches ne soit pas absolument rationnelle peut s'expliquer en partie par un autre facteur, la relative indétermination des tâches à accomplir. Malgré la grande sophistication de la médecine la plus avancée, certaines tâches restent encore floues. De qui devrait relever l'examen général et que devrait-il contenir? Qui peut poser un diagnostic? À l'évidence, une division technique du travail précise à ce niveau ne sera sans doute jamais possible.

Cette indétermination influence la pratique de certaines professions, en faisant que leur exercice peut prendre diverses formes, qu'il n'est pas entièrement normalisé. Chez les médecins, notamment, on sait que la pratique varie sensiblement selon l'âge et le sexe des praticiens, selon le lieu de formation, selon la discipline, etc. (Contandriopoulos, A.P., Fournier, M.A., 1985).

Enfin, il est possible d'identifier un dernier facteur. Il s'agit de l'évolution de la demande. Bien que la médecine occidentale ait plutôt tendance à décider pour les usagers quels sont leurs besoins et ce qu'il faut faire pour les satisfaire (Freidson, 1985, Illich, 1975), il n'en reste pas moins que la division du travail sanitaire est influencée par les usagers de plus d'une façon. Il peut s'agir de l'évolution des besoins anticipée par les professionnels eux-mêmes comme de la demande réelle. Par exemple, le vieillissement rapide de la population, en ouvrant un nouveau marché thérapeutique, a suscité l'apparition de la gériatrie comme spécialité médicale. Les demandes sociales peuvent également originer de groupes de pressions ou de mouvements sociaux qui revendiquent de nouveaux services ou de nouveaux types de professionnels. L'exemple des demandes des groupes de femmes pour des soins périnataux différents et pour l'accès aux services de sages-femmes en est une illustration.

Il y a donc plusieurs facteurs qui influencent la division sociale du travail. Chacun de ces facteurs fait en sorte que la division du travail sanitaire est en évolution constante et pourrions-nous dire, en négociation constante (Freidson, 1976). Ceci amplifie le défi de rendre compte de la division du travail sanitaire. Malgré toutes les limites que ce qui précède laisse supposer, il est quand même possible de tracer les grandes lignes de la division du travail sanitaire.

1.2La hiérarchie sanitaire

La structure occupationnelle résultant du processus de division du travail sanitaire se présente comme une hiérarchie au sein de laquelle des occupations sont subordonnées à d'autres. Les membres de plusieurs occupations, par exemple, exercent leurs activités sur prescription d'un membre d'une autre occupation. Cette hiérarchie occupationnelle est

dominée principalement par la médecine et la dentisterie (et l'optométrie marginalement) dont les membres ont l'autorité sur les activités d'autres producteurs sans être eux-mêmes soumis à une quelconque autorité supérieure. Freidson (1970) qualifie la position de ces occupations de "dominance structurelle". Le lien de subordination est consacré dans des règles juridiques mais dans les faits, les rapports entre les occupations ne sont pas pour autant figés; au contraire, ils sont plutôt un objet de négociation continue entre les occupations qui se disputent le partage des tâches (Freidson, 1976).

L'organisation hiérarchique des occupations sanitaires (la même chose vaut pour les occupations du secteur des services sociaux) est le produit d'une spécialisation verticale du travail, par laquelle, historiquement, de nouvelles occupations sont apparues et ont été subordonnées aux professions dominantes. Willis (1983) distingue cette forme de spécialisation de la spécialisation horizontale qui, elle, désigne la segmentation d'une occupation donnée en sous-groupes spécialisés, comme la division de la médecine en spécialités et sous-spécialités. À l'origine de la spécialisation verticale, on retrouve des processus comme celui qui consiste à déléguer le travail moins gratifiant, routinier, "salissant" (Hugues, 1958) ou celui qui consiste à confier le fonctionnement et la surveillance de machines à des techniciens.

Certaines nouvelles occupations sont apparues dans des champs non-occupés ou négligés par les occupations existantes, sans pour autant acquérir leur indépendance de ces dernières: c'est le cas, par exemple, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. Cependant, toutes les occupations sanitaires ne sont pas subordonnées: parmi les occupations reconnues, une exception est la chiropratique qui est indépendante, mais au prix de son exclusion du réseau des établissements hospitaliers et de celui de l'enseignement. Il y a aussi toutes les occupations non-reconnues dont les

membres exercent de façon indépendante en dehors du système de soins officiel (acupuncteurs, masso-thérapeutes, naturopathes, etc.) et qui justement font campagne pour ne pas être subordonnées à la médecine.

La structure occupationnelle socio-sanitaire est donc le produit d'une division des tâches, mais elle est peut-être avant tout, une division de droits et privilèges (Strauss, 1985). Cette structure n'est pas le produit, comme le voudrait le discours des associations professionnelles qui en souhaitent le maintien, d'une évolution naturelle des connaissances et des techniques (Dussault, 1981, Gyarmati, 1975). Pour s'en convaincre, on a qu'à observer les différences significatives dans la division du travail sanitaire dans des pays où les connaissances et les techniques se sont développées sensiblement de la même façon. Elle est le produit d'un processus socio-politique par lequel certains groupes de producteurs sont parvenus à se faire réserver le contrôle d'activités données, à se faire attribuer par l'État un "abri occupationnel" (Freidson, 1984) et de ce fait, exclure leurs compétiteurs.

Les considérations qui précèdent ont des implications importantes pour l'étude de la division du travail sanitaire. L'étude de la division technique du travail passe par une étude de la répartition des tâches (les actes) en tant que gestes techniques à accomplir pour réaliser une activité de production quelconque, tandis que l'étude de la division sociale du travail porte plutôt sur la distribution des fonctions selon la position hiérarchique en termes de pouvoir sur le processus de production.

Notre travail traitera avant tout des règles institutionnelles, juridiques et autres, qui supportent la division sociale du travail et de l'organisation professionnelle qui en résulte.

1.3 L'émergence des monopoles professionnels

Pour nous l'analyse du champ de la santé ne peut se faire sans tenir compte des relations que les occupations qui le constituent, entre-tiennent entre elles. Par exemple, il importe de reconnaître que les corporations professionnelles fonctionnent selon une logique de marchés monopolistes, notamment les professions d'exercice exclusif. Même si elles ne disposent pas des mêmes privilèges, on peut faire l'hypothèse que les professions à titre réservé et les occupations en voie de professionalisation ou ayant des projets en ce sens, se comportent selon la même logique.

Parkin (1979) a décrit le processus de division du travail comme en étant un d'exclusion/usurpation, c'est-à-dire une lutte continue entre ceux qui tentent d'exclure les concurrents de ce qu'ils estiment être leur territoire professionnel légitime et ces derniers, les usurpateurs, qui tentent de l'envahir.

Parmi les formes d'exclusion, il y a la limitation qui consiste à confiner un groupe de producteurs à un champ d'activité restreint où ils peuvent exercer de façon autonome: c'est le cas des optométristes qui peuvent mesurer l'acuité de la vision et prescrire des moyens correcteurs, mais qui ne sont pas autorisés à traiter des pathologies, à prescrire des médicaments ou à faire de la chirurgie.

Il y a aussi la subordination par laquelle un groupe de producteurs est rendu dépendant d'un autre pour l'exercice de ses activités: les occupations dont les membres travaillent sur ordonnance sont dans cette situation.

Il y a enfin l'interdiction qui est une forme d'exclusion totale: il peut s'agir de l'interdiction d'exercer qui est faite à certains producteurs, comme ce fut longtemps le cas de la chiropractique (qui était pratiquée quand même dans la clandestinité). Il peut s'agir aussi d'empêcher qu'une nouvelle catégorie de producteurs ne voit le jour; par exemple, au milieu des années 1970, la profession dentaire s'est objectée avec succès à la création de l'occupation d'infirmière dentaire que proposait le Ministre des affaires sociales de l'époque.

La nature monopolistique des marchés professionnels constitue donc une variable importante dans la division du travail socio-sanitaire, comme Larson (1977) le souligne:

> "Professionalization is thus an attempt to translate one order of scare resources-special knowledge and skills - into another - social and economic reward. To maintain scarcity implies a tendency to monopoly; monopoly of expertise in the market, monopoly of status in a system of stratification. The focus on the constitution of professional markets leads to comparing different professions in terms of "marketability" of their specific cognitive resources" (Larson, 1977: xvii).

La formation de monopoles occupationnels est fonction d'une série de facteurs. Elle dépend notamment: (1) de la nature du service qui est offert, de sa complexité, de son utilité; (2) du type de marché (plus ou moins concurrentiel) pour ce service; (3) du type de clientèle (plus ou moins universelle); (4) de la complexité et de la validité de la base cognitive que disent contrôler les producteurs; (5) de la production des producteurs, c'est-à-dire des modalités de formation des producteurs; (6) des relations de pouvoir

entre les producteurs et leurs concurrents; (7) des congruences entre le discours des producteurs et les idéologies dominantes (Larson, 1977:47).

Ainsi pour Larson, un groupe de producteurs aura plus de chan-- ces de former en monopole si le service que ses membres offrent est complexe et requiert une expertise pour le produire; qu'il est perçu comme utile; qu'il y a peu de possibilités de substitution; que la clientèle est faite d'un grand nombre de personnes qui individuellement ont peu de pouvoir sur les producteurs. De plus, si le savoir que disent maîtriser les producteurs est à la fois complexe et fondé théoriquement ou du moins perçu comme tel, si le groupe s'est donné des moyens de se reproduire par la formation de recrues et que son discours à l'appui de ses prétentions à des privilèges de monopole est congruent avec les idéologies dominantes (primauté de la science, approche globale des problèmes de santé, etc.), les conditions seraient réunies pour la professionnalisation.

1.4 Les relations entre les professions

Le jeu des relations entre les professions ne se joue pas sur un marché libre; c'est plutôt un jeu de monopoles qui s'affrontent de façon permanente pour conserver ou accroître l'étendue de la part du marché qu'ils contrôlent (Freidson, 1976). Ces parts de marché ne sont presque jamais différenciées de sorte que la proximité ou les chevauchements des frontières de marché entraînent des affrontements entre les occupations qui se font concurrence. Il y a aussi des luttes territoriales entre les professions dominantes et les occupations dominées du même secteur ou champ de production.

Les conditions du marché peuvent être à la source des frictions interprofessionnelles. Indépendamment de l'autonomie professionnelle qui

assure le monopole d'un marché thérapeutique, l'élasticité de la demande a ses limites, notamment dans le cadre d'un marché de plus en plus réglementé et contrôlé par l'Etat. La volonté étatique de comprimer les coûts a des effets sur l'évolution de la division du travail.

Dans la mouvance de l'accroissement de la présence de l'État dans le domaine socio-sanitaire à partir de la fin des années 1950 et de la mise sur pied de l'assurance maladie en 1970, il s'est développé une conjoncture favorisant l'ouverture du marché et l'émergence de nouvelles professions. Aujourd'hui la situation est inversée. La compression relative du marché exacerbe les tensions interprofessionnelles. Les zones grises sont devenues des enjeux de luttes vives. C'est dans de telles circonstances que les imprécisions de la division du travail prennent une grande importance. La compression du marché a également pour effet de rendre improbable la reconnaissance de nouveaux groupes, de nouvelles spécialités.

Pour les analystes comme pour les usagers, les tensions inter-- professionnelles ont brisé l'image mythique de la relation professionnelle désintéressée pour mettre en évidence les intérêts socio-économiques des producteurs de services professionnels. Dépendant du point de départ de l'analyse, cette situation appelle, soit le retrait de l'Etat et de son soutien des monopoles de marché pour restaurer la compétition et l'imputabilité (Gross, 1985), soit une réglementation plus sévère de l'Etat accompagnée de moyens d'assurer plus de pouvoir aux usagers.

Enfin, ce problème de légitimité professionnelle dont la compression du marché aurait été partiellement la cause, a possiblement été en partie à l'origine de la popularité des médecines dites alternatives. Bien sûr, plusieurs autres causes peuvent être évoquées: la crise de la rationalité positiviste, les limites de l'efficacité de l'appareil thérapeutique moderne et la remise en question (autant par les consommateurs que par les médecins eux-

mêmes) de certains aspects "déshumanisant" de la médecine convention-- nelle, l'attrait pour les médecines populaires traditionnelles dans un contexte de sensibilité accrue aux thérapies "naturelles", etc.

En résumé, la division du travail sanitaire se présente comme une structure hiérarchique où se manifestent des conflits en vue de l'appropriation de marchés thérapeutiques, ces conflits étant eux-mêmes exarcerbés par les conditions du marché. Les luttes interprofessionnelles pour l'appropriation de marchés se font surtout au plan juridique et sont menées par les organisations qui représentent les producteurs. En faisant le constat de l'existence de ces rapports conflictuels, nous ne jugeons en rien la qualité des services offerts par les professionnels de la santé et des services sociaux ni même de leur dévouement personnel et collectif dans l'accom-plissement de leurs fonctions. Pour mesurer ces dimensions des services socio-sanitaires, il faudrait recourir à d'autres indicateurs que ceux qui seront étudiés ici.

Le cadre réglementaire, que constituent les lois de la santé, le Code des Professions, et les lois et réglements qui en découlent, ont pour objectif de réguler ces disputes de frontières entre professions et de rationaliser la division du travail sanitaire. Une de nos préoccupations sera donc d'essayer d'établir dans quelle mesure cette régulation se fait.

2. L'impact de la réglementation professionnelle

Le cadre restreint de ce rapport ne permet pas de faire une analyse de l'évolution de la division du travail sanitaire dans son ensemble; nous nous limiterons à l'étude des groupes occupationnels qui forment les professions reconnues, c'est-à-dire ceux qui ont été constitués en corporation professionnelle. Au total, 22 corporations, dont 11 à titre réservé, regroupent

des membres d'occupations oeuvrant principalement dans les domaines de la santé et des services sociaux.

Nous essayerons de cerner l'impact de la réglementation professionnelle adoptée en 1973 et de voir dans quelle mesure elle a produit les effets attendus sur l'organisation du travail dans les services de santé et les services sociaux.

Cette démarche évaluative portera essentiellement sur les résul-- tats des changements législatifs et organisationnels introduits en 1973 et non sur le processus d'implantation de ces changements. L'évaluation proposée sera faite en fonction des objectifs que le législateur voulait atteindre en adoptant un Code des professions pour favoriser le bon fonctionnement du système socio-sanitaire mis en place en 1970. Quatre objectifs peuvent être identifiés:

(1) mieux protéger le public dans ses rapports avec les producteurs de services professionnels;

(2) uniformiser le système professionnel;

(3) freiner l'expansion du corporatisme;

(4) favoriser la collaboration interprofessionnelle nécessaire à l'atteinte des objectifs de la réforme des services socio-sanitaires.

Les résultats correspondant à chacun de ces objectifs seront passés en revue et une appréciation globale des effets de la nouvelle réglementation professionnelle sera proposée. Mais pour comprendre le système professionnel québecois et comment les membres de certaines occupations sont parvenus à être reconnus comme les seuls producteurs

légitimes de services donnés, il faut d'abord retracer l'histoire du corporatisme et situer la réforme des professions de 1973 dans son contexte.

2.1 L'évolution du professionnalisme au Québec

Vers la fin des années 1960, il y avait au Québec 47 corporations professionnelles dont les membres détenaient des privilèges variés de monopole de l'exercice de certaines tâches ou de l'utilisation de certains titres. Cet état de fait était le résultat de plus d'un siècle de développement plus ou moins chaotique des structures professionnelles (Sheppard, 1970, Dussault,1978). Entre 1847, date de la création du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada et de la Chambre des Notaires, et le milieu des années 1960, l'État a consenti des privilèges d'incorporation à quelques dizaines de groupes occupationnels, sans que jamais des critères explicites ne soient appliqués aux demandes qui lui étaient présentées. La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1970), a d'ailleurs qualifié d'incohérent le régime professionnel qui en est résulté et a recommandé qu'un Code des professions soit adopté - ce qui fut fait en 1973 (L.Q. 1973, c.43, devenu L.R.Q. 1977, c.26) - afin de rationaliser l'attribution de privilèges occupationnels par l'État.

Les corporations professionnelles sont aujourd'hui régies par ce Code qui détermine les grands paramètres de leur organisation et de leurs activités. Le Code reconnaît présentement 40 corporations, dont 21 ont le contrôle exclusif d'un champ d'exercice, les autres étant des corporations à titre réservé.

2.1.1 Le corporatisme au Québec, des origines à 1970.

Dussault (1978) distingue six phases dans l'histoire du corpo-- ratisme au Québec. Les débuts (1840-1865) remontent à la constitution des

premières corporations qui ont formé le noyau du système professionnel: les plus anciennes corporations sont celles des médecins, des notaires et des avocats. Les activités de ces trois occupations étaient réglementées depuis les débuts de la colonie, mais pas à la satisfaction de certains de leurs membres qui estimaient que la réglementation en vigueur n'empêchait pas le charlatanisme et qu'elle ne leur garantissait pas suffisament d'autonomie dans la conduite de leurs affaires. Ces professionnels souhaitaient se former en corporation autonome pour pouvoir mieux contrôler l'entrée dans la profession et ainsi en éliminer les "éléments douteux". Comme les praticiens exercaient de façon individuelle et indépendante, leurs associations estimaient que seule l'autodiscipline pouvait protéger efficacement le public.

Les années 1865 à 1910 sont une période d'expansion du professionnalisme libéral. Neuf occupations sont formées en corporation durant cette période, dont quatre dans le domaine de la santé: les homéopathes (1865), les chirurgiens-dentistes (1869), les pharmaciens (1870), les optométristes (1906). Les privilèges des membres de ces corporations sont limités par ceux déjà consentis aux médecins et chirurgiens, qui peuvent continuer à exercer les activités relevant des professions nouvellement constituées en corporation.

Les médecins vétérinaires sont incorporés en 1902 ainsi que quatre occupations qui sont des sous-produits de la révolution industrielle: comptables-agréés (1880), arpenteurs-géomètres (1882), architectes (1891), ingénieurs (1898).

De 1910 à 1940, période fortement marquée au plan idéologique par le libéralisme économique, cinq occupations ont été incorporées, dont une seule reçut des privilèges d'exercice, soit les ingénieurs-forestiers en 1921. Les autres, deux groupes de comptables (1912 et 1920), les gardes-malades (1920) et les barbiers-coiffeurs (1927), n'ont reçu que le monopole

d'un titre. Cette période, en comparaison aux développements qui suivront, peut être qualifiée de période de stabilisation de l'organisation professionnelle.

La période de 1940 à 1955 en est une de développement rapide des occupations connexes aux professions déjà incorporées. L'État consent treize incorporations, dont deux dans le domaine de la santé: les opticiens d'ordonnance (1940) et les techniciens dentaires (1944). Les textes de loi institutionalisent la subordination de ces occupations aux occupations d'optométriste et de dentiste. C'est une condition à laquelle les chiro--praticiens, qui réclamaient leur reconnaissance légale depuis le début des années 1930, ont toujours refusé de se soumettre: ce refus de toute subordination a retardé leur incorporation jusqu'en 1973.

Après 1955, on assiste au Québec à une véritable course au statut professionnel: dix-sept occupations sont reconnues et les demandeurs sont encore plus nombreux. Chaque nouvelle occupation veut son autonomie et ses privilèges particuliers: selon leur capacité de faire pression sur les législateurs ou selon que le contexte les favorise, certaines obtiendront leur incorporation, d'autres échoueront dans leur démarche, sans qu'on puisse établir en vertu de quelle logique rationnelle les succès et les échecs peuvent être expliqués. Des dix-sept corporations formées entre 1955 et 1969, cinq sont dans le domaine de la santé et des services sociaux: les diététistes (1956), les travailleurs sociaux (1960), les techniciens en radiologie (1961), les psychologues (1961), les ortophonistes et audiologistes (1964).

C'est dans ce contexte d'expansion incontrôlée du corporatisme professionnel que la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1965-1970) s'est interrogée sur la législation professionnelle et en est venue à formuler des recommandations qui ont déclenché, à partir de 1970, une réforme des professions au Québec. Pour comprendre la réglementation

professionnelle actuelle et ses effets, il est important d'en tracer les origines dans les travaux de cette commission d'enquête.

2.1.2 La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1965-1970):

La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social s'est vu confier le mandat d'étudier l'organisation des professions parce qu'il était devenu évident que la multiplication des privilèges professionnels ainsi que la compétition et les cloisonnements qu'elle engendrait, faisaient obstacle à toute tentative d'intégrer les services sociaux et les services de santé. Une telle intégration, inspirée d'une vision "globale" des besoins de la population, supposait la possibilité de substituer la pratique d'équipe à la concurence professionnelle qui dominait alors.

Il n'aurait pas été logique ni politiquement acceptable de réformer les professions de la santé et de laisser intacts les autres secteurs qui souffraient des mêmes défauts, de sorte que la Commission a reçu le mandat d'examiner l'ensemble de la législation professionnelle.

Dans son rapport Les professions et la société (1970), la Commission constate que le développement de l'organisation professionnelle s'était fait de façon "désordonnée"et qu'elle était devenue inadaptée au contexte des années 1970. La Commission ne rejettait pas pour autant le corporatisme comme mode de réglementation, mais souhaitait l'adapter aux nouvelles conditions sociales qu'elle décrivait comme suit: un public mieux informé et plus exigeant à l'endroit des professions; des professionnels de plus en plus souvent salariés; des services publics très développés offrant des services autrefois offerts par des professionnels en exercice privé; un degré élevé d'interaction entre professionnels de disciplines différentes.

Le rapport recommande le maintien du principe de l'autogestion, assorti de mécanismes d'imputabilité et propose une réforme du droit et de l'organisation professionnels, fondée sur les principes suivants:

- que les corporations doivent exister d'abord et avant tout pour protéger les intérêts du public;

- qu'en conséquence les corporations doivent renoncer au rôle de protection et de promotion des intérêts socio-économiques de leurs membres;

- que les privilèges qui ne favorisent pas la protection du public soient abolis (par exemple les restrictions artificielles à la publicité et à l'entrée dans une profession);

- qu'aucune profession ne soit assujettie à une autre;

- que dorénavant, le gouvernement fasse preuve de parcimonie dans l'octroi de privilèges professionnels et freine la tendance à la professionnalisation;

- que les corporations soient intégrées au fonctionnement de l'administration publique (qu'elles cessent d'être des organismes privés qui fonctionnent en secret; que des profanes et des représentants de l'État soient membres de leur conseil d'administration).

Les modalités de réforme suivantes ont été recommandées afin de mettre ces principes en application:

- l'adoption d'un code des professions pour remplacer la "mosaïque" de lois particulières et uniformiser le régime du droit professionnel;

- la mise en place de structures uniformes pour les organismes professionnels (qu'on suggérait d'appeler des "ordres");

- la création d'un mécanisme de participation de représentants de la collectivité à l'administration des corporations, dont le fonctionnement deviendrait public, et inclurait des "assises publiques périodiques";

- la formulation de critères d'incorporation pour traiter les demandes d'accès au statut professionnel;

- la création d'un diplôme d'état pour uniformiser les conditions d'accès à une profession, enlevant ainsi aux corporations le contrôle de l'accès par le biais d'examens spéciaux;

- l'institution d'un mécanisme de surveillance des activités des corporations par le ministère des Institutions financières, Compagnies et Coopératives, pour leur fonctionnement administratif et par le Protecteur du citoyen, pour leurs activités en matière de discipline.

Un projet de loi (no 250) s'inspirant de ces principes a été déposé en 1971 et a fait l'objet d'un examen détaillé en commission parlementaire: 153 mémoires, présentés surtout par des associations professionnelles, ont été entendus. Le projet de code a été rejeté par la quasi-totalité des groupes concernés qui lui reprochaient d'entraver l'autonomie des professionnels; certains groupes s'y opposaient parce qu'ils y voyaient un empiétement sur leurs privilèges reconnus, d'autres parce qu'ils estimaient qu'il ne leur accordait pas suffisamment de privilèges (Dussault,1981, p.66).

La création d'un organisme de surveillance, l'Office des professions, qui n'était pas prévu dans le rapport de la CESBES, ainsi que la présence de représentants du public parmi les membres des bureaux d'administration des corporations ont été considérées comme des atteintes majeures à la liberté (au droit selon certains) des professions à s'autogérer. Par l'intermédiaire de l'Office des professions, l'Etat devenait omniprésent

dans les affaires des professions et cela revenait à les étatiser et à leur enlever leur autonomie, selon certains opposants.

Tout en se disant d'accord avec la nécessité d'une réforme et d'une loi-cadre, plusieurs groupes reprochaient au projet de loi de proposer une structure technocratique trop lourde, dont l'uniformité ne respectait pas les caractères distinctifs de chaque profession.

La période entre le dépôt du projet de loi 250 et l'adoption du Code des professions, en juillet 1973, a donné lieu à un lobbying intense de la part des professions pour établir leur territoire: soit pour tenter d'exclure des concurrents, limiter leur champ d'exercice, ou étendre le leur, soit dans certains cas, pour se faire reconnaître et sortir de l'illégalité.

Il en est résulté de nombreux amendements au projet initial: parmi les plus importants, mentionnons que quelques occupations ont été exclues de la liste des professions d'exercice exclusif: c'est le cas des physiothérapeutes, des orthophonistes et des audiologistes. Ces occupations ont été ajoutées à la liste des professions de titre réservé de même que quatre autres occupations qui n'étaient pas mentionnées dans le projet de loi original: ce sont les comptables en administration industrielle, les ergo--thérapeutes, les infirmières auxiliaires et les technologistes médicaux.

2.1.3 Le Code des Professions (1973)

Le Code des Professions définit l'organisation actuelle du sys--tème professionnel auquel le législateur a assigné des fonctions de protection du public dans ses rapports avec les producteurs de services professionnels et de contribution à l'atteinte des objectifs de la réforme des services socio-sanitaires.

Le Code définit le mandat des corporations comme en étant un de protection du public, notamment par la surveillance de la qualité de l'exercice de leurs membres et l'administration de la discipline. Il impose aux corporations l'obligation d'adopter des règles de déontologie, de faire l'inspection professionnelle; dans certains cas de créer un fonds d'indem-- nisation des clients lésés par un de leurs membres. Le Code prévoit aussi les règles d'octroi du statut de profession.

Il crée un Office des Professions pour "veiller à ce que chaque corporation assure la protection du public" et lui confère des pouvoirs de recommandation au Gouvernement quant à la constitution, à la dissolution ou à la fusion de corporations, ainsi qu'à la modification des lois et réglements professionnels. L'Office a aussi le pouvoir de se substituer aux corporations qui ne satisferaient pas aux obligations que la loi leur fait (art.12).

Le Code institue deux types de corporations: les corporations d'exercice exclusif, dont les membres sont les seules personnes autorisées à exercer les activités explicitement ou présumément comprises dans le champ d'exercice; les corporations à titre réservé, dont les membres ont le privilège d'utiliser un titre professionnel, mais sans avoir l'exclusivité de l'exercice de leurs activités.

Enfin, il crée un mécanisme de délégation d'actes professionnels pour atténuer l'effet des restrictions d'exercice qu'implique la reconnaissance de champs exclusifs. Il s'agit d'un mécanisme par lequel une corporation peut autoriser les membres d'une autre occupation à exercer des actes normalement réservés à ses membres, dans la mesure où il n'en résulte aucun danger pour le public; son utilité prévue était d'empêcher que les définitions des champs d'exercice ne figent l'évolution de la distribution des services.

L'impact de l'adoption et de l'application du Code des professions n'a encore jamais fait l'objet d'une évaluation systématique. L'analyse que nous proposons n'a pas l'ambition de faire une évaluation de cette envergure. Nous avons tenté d'exploiter la documentation disponible pour en tirer les éléments d'information permettant de porter un premier jugement sur l'atteinte des objectifs de la réglementation mise en place depuis 1973.

Nous passerons en revue les quatre objectifs cités plus haut, en commençant par les objectifs à caractère administratif, soit ceux d'uniformiser les structures et le fonctionnement des corporations professionnelles et de contrôler l'expansion du corporatisme. Nous traiterons rapidement de ces objectifs, ce qui ne doit pas être interprété comme un jugement porté sur leur importance; il nous semble seulement qu'ils ont été globalement atteints et qu'il est préférable de centrer l'attention sur les deux autres objectifs (protection du public et collaboration interprofessionnelle), dont on ne peut pas en dire autant.

2.2 Bilan de l'application du Code des professions: l'uniformisation des structures et le contrôle de l'expansion du corporatisme.

L'uniformisation des structures corporatives a été généralement réussie dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le Code des professions définit en détails les modalités d'organisation et de fonctionnement d'une corporation et identifie les règlements qu'elle doit adopter pour gérer ses activités et régir ses membres. Une énergie énorme a été consacrée par les corporations et par l'Office des professions, à la rédaction et l'adoption de centaines de règlements.

Pour les corporations qui existaient en 1973, il a fallu transformer les structures en place pour les rendre conformes aux exigences du Code.

Ceci a impliqué principalement revoir la composition du conseil d'administration et les modalités de choix de ses membres; cette opération a pris l'allure d'une véritable réforme électorale. Dans la plupart des cas, il a fallu créer de toutes pièces les comités prévus par le Code, comme le comité d'inspection professionnelle ou le comité de discipline et revoir la réglementation en vigueur selon les nouvelles prescriptions de la loi. Dans chaque cas, les réglements étaient revus par l'Office des professions avant d'être acheminés au ministre responsable; chaque réglement devait également passer les étapes de publication dans la Gazette Officielle avant d'entrer en vigueur.

Pour les corporations nouvellement créées par le Code des professions, l'investissement d'énergie a été encore plus important, du fait que les infrastructures des associations qui étaient transformées en corporation n'avaient souvent que peu de ressemblance avec celle que la loi imposait.

Les cinq ou six premières années d'application du Code peuvent être décrites comme des années de mise en place des structures corporatives. Le résultat de cet effort législatif et administratif a été la constitution d'un réseau homogène de corporations. Il ne faudrait pas en conclure pour autant, que le fonctionnement des corporations est lui aussi homogène; de nombreuses différences, qui tiennent aux ressources disponibles, à la culture particulière de chaque profession, à ses traditions, aux caractéristiques de ses membres, subsistent encore.

Quant à l'objectif de freiner l'expansion du système professionnel, on peut aussi conclure qu'il a été généralement atteint. L'adoption de nouvelles règles de jeu n'a pas ralenti l'ardeur des "aspirants professionnels". Plus de 45 nouvelles demandes d'incorporations ont été formulées après 1973: seulement deux incorporations ont été consenties. Une corporation

des technologues a été créée en 1980 et une corporation des inhalo--thérapeutes en 1984. Notons que dans chaque cas, l'incorporation ne satisfait pas aux critères de l'Office des professions qui ont été formulés dans les termes suivants:

> "L'Office entend recommander au gouvernement la constitution de nouvelles corporations professionnelles dans les situations où les groupements de personne en cause possèderont les caractéristiques suivantes:
>
> 1. relativement aux conditions d'exercice de la profession: forte proportion de membres exerçant en pratique privée; clientèle des membres majoritairement composée d'individus; champ de connaissances relativement étendu;
>
> 2. relativement aux conditions de fonctionnement du groupement: revenu annuel et nombre de membres suffisamment élevés pour assurer l'exercice autonome d'une fonction de protection du public" (Office des professions, 1976).

Cet énoncé de politique s'inspire de l'article 25 du Code des professions qui dit que dans la décision de constituer ou non une corporation, il doit être tenu compte des facteurs suivants: connaissances requises pour exercer l'activité, degré d'autonomie dans l'exercice, difficulté de porter un jugement sur l'activité par des non-praticiens, caractère personnel de la prestation de service, gravité des dommages et préjudices en cas de manquement à la compétence et caractère confidentiel des renseignements que le producteur de services est appelé à connaître dans l'exercice de sa profession.

Ni les inhalothérapeutes, ni les technologues ne sont des groupes dont les caractéristiques correspondent complètement à celles qui justifieraient une incorporation au sens de la politique de l'Office des professions. Ces deux occupations sont composées de techniciens qui n'exercent pas de façon autonome, qui ne sont habituellement pas en pratique libérale et dans le cas des technologues, qui n'offrent généralement pas leurs services à des individus.

Même si le mouvement d'incorporation a été stoppé, il est permis de croire que les demandes vont continuer à affluer aussi longtemps que certaines corporations dont on ne voit pas très bien ce qui justifie leur existence, eu égard aux critères mêmes du Code, conserveront leur statut. Le problème risque d'être amplifié par la nécessité grandissante de décider de l'intégration éventuelle des médecines parallèles dans le système de soins. En effet, de nombreux praticiens non-reconnus comme les sages-femmes, les acupuncteurs, les masso-thérapeutes et d'autres cherchent à sortir de la relative clandestinité dans laquelle les lois actuelles les maintiennent. Pour l'instant, ces groupes sont tentés de recourir à l'incorporation en vertu du Code des professions pour pouvoir exercer légalement et rester autonomes dans la gestion des affaires qui les concernent. La pression ne fera qu'augmenter sur l'Office des professions pour qu'il recommande la formation de nouvelles corporations; l'insatisfaction qui pourrait résulter de nombreux refus risque d'être une source de tensions dans le milieu de la santé.

Une autre manière de contenir le mouvement de profession--nalisation a été pour l'Office des professions d'encourager la fusion de corporations existantes. Des efforts en ce sens ont été faits dans les secteurs de la comptabilité (comptables agréés, comptables généraux licenciés, comptables en administration industrielle), du génie (ingénieurs, techno--logues) et des sciences humaines (travailleurs sociaux, psychologues,

conseillers d'orientation). Aucun succès n'a été obtenu à ce jour, bien que les professions comptables aient presque conclu une entente de fusion il y a quelques années.

2.3 Bilan de l'application du Code: la protection du public

La notion de protection du public n'est définie nulle part dans le Code des professions. Il faut présumer que, pour le législateur, cet objectif serait atteint dans la mesure où les corporations satisferaient à leurs obligations et que les mécanismes de participation du public à leur fonctionnement produiraient leurs effets.

Nous ne disposons pas d'indicateurs qui permettraient d'évaluer si le public est plus ou moins bien protégé par les corporations profes-- sionnelles. Nous avons postulé que parmi les mécanismes mis en place par le législateur pour assurer la protection du public, celui de surveillance de l'exercice des membres des corporations était le plus important.

Les autres mécanismes sont la distinction des rôles de défense des intérêts des professionnels et de ceux du public et la nomination de représentants du public au bureau des corporations; leur importance est réelle mais mineure par comparaison. Dans le premier cas, on peut dire qu'elle a été raisonnablement réussie dans les grandes corporations (médecins, dentistes, infirmières), mais il faut se rappeler qu'il serait illusoire de penser qu'une corporation qui vit des cotisations de ses membres (surtout si l'adhésion est volontaire comme c'est le cas pour les corporations de titre réservé) puisse ignorer totalement les intérêts de ceux-ci. Dans certains cas, la séparation des rôles apparaît fictive du fait qu'on retrouve sensiblement le même personnel à la corporation et au syndicat (chiropraticiens, optométristes).

L'impact de la participation du public à l'administration des corporations est difficile à juger; elle se fait par l'intermédiaire de représentants nommés par le ministre responsable et choisis parmi une liste de personnes dont les noms sont proposés par un ensemble d'organismes et associations de toutes sortes. Il s'avère que plusieurs sont eux-mêmes des professionnels et membres d'une corporation. En réalité, ces administrateurs nommés ne représentent personne en particulier et ne rendent de comptes à personne; ils ont le même statut qu'un membre élu du Bureau d'une corporation et sont tenus aux mêmes obligations de confidentialité. Il est donc impossible de savoir exactement qu'elle est leur influence sur les décisions et sur la gestion d'une corporation. Leur participation demeure minoritaire, soit 20 % des membres du Bureau au maximum. Notons aussi qu'aucune parti-- cipation du public n'est prévue à l'Office même alors que les corporations ont la possibilité de proposer des candidatures, parmi lesquelles le Ministre doit choisir les membres de l'Office, qui doivent tous être des professionnels.

Pour ce qui est de l'inspection professionnelle, elle se prête mal à une évaluation de résultats, du moins en termes de protection du public, puisque cette notion n'est pas définie. Pour contourner le problème, nous avons choisi de mesurer le niveau d'activité des corporations en matière d'inspection; dans la mesure où des corporations auraient peu ou pas d'activités d'inspection, on pourrait difficilement conclure qu'elle assure la protection du public au sens du Code des professions.

2.3.1. Les activités d'inspection professionnelle des corporations du secteur socio-sanitaire.

En vertu de l'article 109 du Code des professions, chaque corporation professionnelle a l'obligation d'instituer un comité d'inspection professionnelle. Ce comité doit être composé d'un minimum de trois membres et a pour fonction de surveiller l'exercice professionnel des

membres de la corporation. Cette responsabilité des corporations découle de la volonté du législateur de limiter les corporations à un mandat social (c'est--à-dire de protection du public) et de laisser aux associations professionnelles la défense des intérêts socio-économiques de leurs membres.

Les corporations professionnelles sont très différentes les unes des autres. Outre le fait qu'elles puissent être d'exercice exclusif ou de titre réservé, elles se distinguent par leur taille (nombre de membres), leur niveau de ressources et également en termes d'autonomie de pratique (salarié vs producteur indépendant). Pour plusieurs professions, le comité d'inspection professionnelle n'est pas le seul à contrôler les activités professionnelles. Des contrôles externes associés au statut de salarié et aux structures administratives des organisations dans lesquelles les professionnels travaillent, viennent également garantir une certaine qualité des services professionnels et indirectement assurer la protection du public. C'est habituellement le cas pour les infirmières, les techniciens en radiologie, les diététistes, les ergothérapeutes, les hygiénistes dentaires, les infirmières auxiliaires, les physiothérapeutes, les technologistes médicaux et quelques psychologues qui exercent leur profession au sein d'organisations dotées de leurs propres moyens de contrôle des activités de leur personnel. Ce partage du contrôle de la qualité des activités professionnelles avec "le milieu de travail" peut influencer la façon dont les corporations s'acquittent de leur mandat de protéger le public.

Afin d'apporter un peu de lumière sur la façon dont les corpo--rations remplissent leur obligation d'inspecter la qualité des services offerts par leurs membres, nous avons examiné les rapports des comités d'inspection professionnelle contenus dans les rapports annuels de chaque corporation depuis1978. Nous avons considéré que les données des années précédentes n'étaient pas significatives du fait que la période 1974-1977 a

surtout été consacrée à mettre en branle les mécanismes d'inspection. Nous nous sommes principalement intéressés à voir:

1) s'il existe des infrastructures d'inspection professionnelle;

2) s'il existe un service d'inspection professionnelle;

3) combien de membres ont été inspectés annuellement depuis 1978;

4) quelles sont les principales recommandations faites suite aux inspections;

5) quelles sont les sommes investies dans l'inspection professionnelle par membre inscrit au tableau et exerçant au Québec;

6) quelle part des dépenses totales est consacrée à l'inspection professionnelle;

7) si la corporation a reçu des subventions pour l'inspection et la part des dépenses d'inspection couverte par celles-ci.

Nous avons choisi d'analyser les activités d'inspection des corporations en catégorisant ces dernières selon leur taille, leur statut juridique (exercice exclusif, titre réservé) et leur statut économique. Nous avons classé les corporations en quatre catégories selon leur taille: les petites, comptant moins de 500 membres, les moyennes ayant entre 500 et 999 membres, les grandes ayant entre 1,000 et 4,999 membres et les très grandes de 5,000 membres et plus. Le statut économique est établi à partir des revenus moyens de la corporation de 1978 à 1985. Nous distinguons quatre classes de revenus, soit les faibles revenus regroupant les corporations ayant un revenu annuel moyen inférieur à 100,000 $; les corporations à revenu moyen avec un revenu moyen allant de 100,000 $ à 499,999 $; les corporations à revenu élevé avec un revenu moyen variant

entre 500,000 $ et 999,999 $ et finalement, les corporations à revenu très élevé affichant un revenu moyen de 1,000,000 $ et plus. Cette catégorisation, nous permet de porter un jugement sur l'activité d'inspection professionnelle de chaque corporation en tenant compte de sa situation économique relative.

2.3.1.1 **Les petites corporations professionnelles** (moins de 500 membres)

Les petites corporations professionnelles regroupent trois corporations d'exercice exclusif, soit celles des audioprothésistes, des opticiens d'ordonnances et des podiatres et deux corporations à titre réservé, celles des orthophonistes et des techniciens dentaires. Toutes ces corporations ont un statut économique faible (revenu moyen inférieur à 100,000$) à l'exception de celle des opticiens d'ordonnances qui se classe parmi les corporations à revenus moyens (entre 100,000$ et 499,999$). Toutes ces corporations ont un comité d'inspection professionnelle. Cependant, il est très difficile d'évaluer l'activité de ces comités puisque les rapports annuels ne font que rarement mention du nombre de réunions que les comités ont tenues au cours de l'année. Parmi les autres traits communs à ces corporations, notons qu'aucune n'a un service d'inspection profes-- sionnelle, pas plus qu'elles ne mentionnent si elles ont recours aux services d'inspecteurs à plein temps pour faire les inspections.

La corporation professionnelle des audioprothésistes (exercice exclusif)

Depuis 1978, le nombre d'audioprothésistes est demeuré plutôt stable fluctuant, entre 102 et 89 membres. C'est de 1978 à 1980 que la corporation a effectué le plus d'inspections professionnelles; elle a consenti une part croissante de ses dépenses totales à cette activité (Tableaux 1 et 1.1). Les années subséquentes sont toutefois marquées par une diminution importante du nombre d'inspections, passant de 44 inspections en 1980 à 8

en 1985, et de la part des dépenses totales allouées à l'inspection (10.8% des dépenses totales en 1980 et 3.5% en 1985). Les sommes investies par membre de la corporation passent pour ces années de 77,78$ à 28,23$ par année (Tableau 1.2).

La corporation a bénéficié, au cours de ces années, de subventions de l'Office des professions pour assumer ses activités d'inspection. Au tableau 1.3, on remarque que ces subventions ont couvert une partie importante des dépenses d'inspection allant jusqu'à les défrayer en entier en 1979, 1982 et 1983. La part non utilisée de la subvention devait être retournée à l'Office.

Les infractions relevées lors des inspections concernent principalement les équipements, les examens et les dossiers-patients incomplets.

La corporation professionnelle des opticiens d'ordonnances (exercice exclusif)

Le nombre d'opticiens d'ordonnances n'a cessé de croître tout au cours de la période étudiée, il est passé de 396 en 1978 à 469 en 1985 soit, une augmentation de 18,4%. Il est malheureusement impossible de dire comment a évolué au cours de cette période le nombre d'inspections puisque la majorité des rapports annuels de la corporation n'en font pas état. Toutefois, nous pouvons observer au Tableau 1 qu'en 1978, 149 membres ont été inspectés alors qu'en 1984 et 1985, ce nombre était de 33 et 4 membres visités. Malgré une croissance continue du nombre d'opticiens d'ordonnances, les visites d'inspection semblent avoir évolué dans le sens inverse. Quant à la part des dépenses totales allouées à l'inspection professionnelle nous remarquons au Tableau 1.1 qu'elle a diminué de 1978 à 1985, passant de 4% à moins de 0,4%. Malgré le fait qu'elle soit la corporation avec les revenus moyens les plus élevés parmi les "petites

corporations", elle est celle qui accorde la part la plus faible de ses dépenses totales à l'inspection professionnelle.

La Corporation des opticiens d'ordonnances a bénéficié d'une subvention de l'Office des professions seulement en 1978. Celle-ci couvrait la totalité des dépenses d'inspection; depuis aucune subvention ne leur fut accordée. (Tableau 1.3)

Les rapports des comités d'inspections professionnelles dont nous disposons ne font allusion à aucune recommandation faite aux membres visités lors des inspections générales.

La corporation professionnelle des podiatres (exercice exclusif)

Le nombre de podiatres a légèrement diminué au cours de la période 1978 à 1985, il est passé de 127 à 117, soit une diminution de 7.9%. Le nombre de membres inspectés pour sa part, a fluctué entre 32 et 15 par année, au cours de la période, à l'exception de1985 (Tableau 1). Au cours de cette dernière année, la corporation n'a pas fait d'inspections parce qu'elle n'a pas reçu de subvention de l'Office des professions et n'avait pas les moyens financiers pour continuer son programme d'inspection générale. Depuis 1978, la corporation recevait une subvention de l'Office qui couvrait généralement plus de 75% des dépenses d'inspection, sauf en 1980 et 1981 où la subvention a couvert respectivement 45,7% et 23.9% des dépenses (Tableau 1.3).

Les sommes allouées à l'inspection professionnelle par membre de la corporation ont connu une croissance entre 1978 et 1980 passant de 19,42$ à 40.61$, pour ensuite diminuer et atteindre la somme de 18,87$ en 1983 et remonter pour atteindre un maximum de 58,86$ par membre en 1984

(Tableau 1.2). C'est d'ailleurs la somme la plus importante allouée à l'inspection professionnelle par une corporation de petite taille.

Les principales recommandations suivant les visites d'inspections concernent l'établissement d'un dossier patient complet et uniforme; l'établissement d'un dialogue constant entre les membres et les comités; une fiche d'évaluation normalisée pour la rééducation podiatrique; les activités de formation continue en pharmacologie, radiologie, bio-mécanique et orthèses podiatriques. Ces recommandations ne touchent pas la pratique de membres en particulier mais semblent s'adresser à l'ensemble de la profession.

La corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes (titre réservé)

Le nombre des orthophonistes et audiologistes inscrits à la corporation n'a cessé d'augmenter au cours de la période étudiée. (Il faut se souvenir que dans le cas des corporations à titre réservé, le nombre de membres ne correspond pas nécessairement à la population totale des professionnels concernés.) Il est passé de 241 en 1978 à 445 en 1985 soit une augmentation de 84,6%. Le nombre de membres inspectés a fluctué tout au cours de cette période de 0 à un maximum de 64 membres en 1985. Jamais avant 1985, le nombre de membres inspectés ne fut aussi élevé (voir Tableau 1). Les sommes investies sont passées de 8,02$ par membre à 3,70$ entre 1978 et 1981 pour ensuite connaître une remontée et atteindre 11,19$ en 1985 (Tableau 1.2).

La part occupée par l'inspection professionnelle dans l'ensemble des dépenses de la corporation est demeurée stable, entre 3% et 4%. Il semble que même si 1985 fut marquée d'une forte croissance du nombre de

membres inspectés (de 12 en 1984 à 64 en 1985) cela n'ait pas influencé outre mesure la part du budget consacrée à l'inspection.

La Corporation des orthophonistes et audiologistes a bénéficié de subventions de l'Office des professions à deux reprises au cours de la période étudiée soit en 1978 et en 1985. Les sommes reçues ont alors couvert plus que la totalité des dépenses d'inspection (Tableau 1.3).

Les recommandations faites suite aux inspections générales n'apparaîssent dans aucun des rapports du comité d'inspection professi--onnelle et ce pour l'ensemble de la période.

La corporation des techniciens dentaires (titre réservé)

Le nombre de techniciens dentaires a connu une faible augmentation au cours des années 1978 à 1985, alors que leur nombre est passé de 217 à 252 pour l'ensemble du Québec. Depuis 1980, la Corporation des techniciens dentaires n'effectue aucune inspection professionnelle. La corporation explique cette situation principalement par l'absence de plaintes, les problèmes budgétaires, d'effectifs et de disponibilité. On souligne également dans les rapports annuels un problème au niveau de la juridiction dans les laboratoires: la direction des laboratoires commerciaux n'appartenant généralement pas aux techniciens dentaires, la corporation ne peut régir ni ses membres, ni les non membres, sans compter qu'il y a des laboratoires où il n'y a aucun technicien dentaire. Le tableau 1.1 indique que cette corporation allouait un pourcentage important de ses dépenses totales soit, 14,5% et 34,9% à l'inspection professionnelle en 1978 et 1979. C'est également au cours de ces deux années qu'elle a reçu une subvention de l'Office des professsions couvrant en 1978 la totalité des

dépenses et en 1979, près de 58% (Tableau 1.3). Depuis, aucune subvention n'a été reçue.

Les rapports ne mentionnent aucune recommandation faite aux membres visités dans le cadre de l'inspection générale pour les années où il y a eu des inspections.

En résumé:

Les petites corporations ont généralement tendance à réduire leur nombre d'inspections au fil des ans. Seuls les orthophonistes-audiologistes ont enregistré une forte hausse du nombre de membres inspectés en 1985. Cependant pour l'ensemble de la période observée, ce sont les audioprothésistes et les podiatres qui ont inspecté en moyenne la proportion la plus importante de leurs membres par année soit autour de 20%.

Les sommes allouées à l'inspection par membre au cours de la période sont plus importantes chez les audioprothésistes et les podiatres (en moyenne 37,37$ et 29,33$ par année respectivement), deux corporations d'exercice exclusif et les seules parmi les corporations de petite taille à avoir bénéficié tout au cours de la période (sauf en 1985) d'importantes subventions à l'inspection de l'Office des professions. D'ailleurs, ce sont les podiatres qui ont alloué la plus forte somme par membre soit, 58,86$ en 1984.

Les dépenses d'inspection pour les corporations de petite taille représentent en général moins de 10% de leurs dépenses totales (à l'exception de celle des techniciens dentaires qui en 1978 et 1979 a consacré 14% et 35% de ses dépenses totales à l'inspection professionnelle).

La corporation des opticiens d'ordonnances se distingue des autres corporations de sa taille par son statut économique plus élevé. Toutefois, cela ne semble pas avoir influencé positivement les sommes allouées à l'inspection professionnelle puisqu'elle est celle qui a alloué le plus faible pourcentage de ses dépenses à l'inspection professionnelle.

2.3.1.2 Les corporations de taille moyenne (500 à 1000 membres)

Les corporations de taille moyenne regroupent trois corporations d'exercice exclusif (chiropraticiens, denturologistes et optométristes) et une corporation à titre réservé (ergothérapeutes). Toutes ces corporations ont un statut économique moyen, soit un revenu moyen pour la période étudiée de 100,000$ à 500,000$. La corporation des ergothérapeutes est celle qui a le plus faible revenu moyen pour la période dans cette catégorie, soit de 167,197$, alors que les corporations d'exercice exclusif ont toutes un revenu moyen autour de 400,000$.

Toutes ces corporations ont un comité d'inspection professi--onnelle. La Corporation des chiropraticiens ne précise dans aucun de ses rapports annuels le nombre de réunions tenues par ce comité. L'Ordre des optométristes pour sa part, le précise à deux occasions seulement, en 1982-83 et 1983-84 où le comité a tenu, 5 et 6 réunions. Seuls les comités d'inspection professionnelle de la Corporation des denturologistes (entre 2 et 4 réunions) et des ergothérapeutes (entre 5 et 7 réunions), nous indiquent qu'ils ont tenu des réunions chaque année au cours de la période 1978-1985.

Aucune des corporations de taille moyenne n'a un service d'ins--pection professionnelle.

L'Ordre des chiropraticiens (exercice exclusif)

Au cours de la période étudiée, le nombre de chiropraticiens au Québec n'a cessé de s'accroître, passant de 479 à 612 ce qui représente une hausse de 27,7%. Malheureusement les rapports annuels de cette corpo-- ration sont trop succints pour nous permettre de juger de l'action du comité d'inspection professionnelle. Généralement les rapports annuels n'indiquent pas le nombre de membres inspectés, ni les dépenses du comité d'inspection professionnelle; ils ne spécifient pas les recommandations faites suite aux visites, pas plus qu'ils ne présentent une description des principales infractions relevées lors des inspections.

Nous disposons de données seulement pour 1978 et pour1985. Au Tableau 2.2, nous constatons que c'est l'Ordre des chiropraticiens qui a alloué la plus forte somme par membre à l'inspection professionnelle parmi les corporations de taille moyenne en 1985, avec des dépenses de 86,28$ par membre. L'inspection professionnelle représente alors 9,1% de ses dépenses totales (Tableau 2.1). La corporation a reçu des subventions à l'inspection de l'Office des professions de 1978 à 1981 et une dernière en 1985. En 1985, la subvention couvrait 3,6% des dépenses d'inspection faites par l'Ordre (Tableau 2.3).

L'Ordre des denturologistes (exercice exclusif)

Depuis 1978, le nombre de denturologistes au Québec a grimpé de 629 à 848 en 1985, une augmentation de 34,8%. C'est entre 1978 et 1982 que la corporation a inspecté le plus de membres avec un maximum en 1982, de 191 membres inspectés. Depuis, le nombre d'inspections a diminué considérablement passant à 154 en 1983 et à 48 en 1985 (Tableau 2). Les sommes allouées à l'inspection professionnelle sont passées de 10,79$ par

membre en 1978 à 24.87$ en 1981, pour ensuite tomber sous les 10,00$ en 1985 (Tableau 2.2). Quant au pourcentage des dépenses totales alloué à l'inspection professionnelle, il n'a cessé de diminuer depuis 1981 pour n'être que de 1.1% en 1985. Au cours de la période, la part des dépenses totales attribuable à l'inspection professionnelle s'est située entre 0 et 5% (Tableau 2.1). En 1984-85, le comité d'inspection professionnelle a terminé l'inspec-- tion de tous les membres inscrits avant 1982.

Au cours des années 1980 à 1982, l'Ordre des denturologistes a bénéficié de trois subventions à l'inspection de l'Office des professions. Les sommes reçues couvraient une partie des déboursés de l'inspection soit près de 45% en 1980 puis 24% et 27% en 1981-82 (Tableau 2.3).

Les recommandations suite aux visites d'inspections touchent principalement la tenue des dossiers et des cabinets, les équipements manquants et non fonctionnels ainsi que la publicité non conforme aux règlements de la corporation.

L'Ordre des optométristes (exercice exclusif)

Le nombre d'optométristes s'est accru de 26.9% de 1978 à 1985: il est passé de 710 à 901. Le nombre de membres inspectés a varié au cours de la période entre 31 et 52 membres inspectés par année. Le Tableau 2, nous permet de constater que la fin de la période est marquée de fortes variations dans le nombre de membres inspectés. De 1982-83, le nombre de membres inspectés passe de 31 à 51, puis, l'année suivante, diminue à 35 pour remonter en 1985 à 52 .

Les dépenses d'inspection par membre ont connu généralement une croissance de 1978 à 1984, passant de 15,00$ à 34,17$ (Tableau 2.2). Toutefois, l'année1985 marque une baisse à 29,66$ ainsi qu'une diminution

du pourcentage des dépenses totales associées à l'inspection professi--onnelle, de 7,0% à 5,2% (Tableau 2.1). De 1978 à 1985, l'Ordre des optométristes a alloué en moyenne 5% de ses dépenses totales à l'inspection professionnelle. Parmi les corporations de taille moyenne, l'Ordre des optométristes est la seule à n'avoir reçu aucune subvention à l'inspection de la part de l'Office des professions au cours de la période étudiée (Tableau 2.3).

Les recommandations les plus courantes des inspecteurs concernent la tenue du dossier optométrique, certains tests visuels à effectuer ainsi que la mise-à-jour des connaissances dans des domaines spécifiques.

La Corporation professionnelle des ergothérapeutes (titre réservé)

Le nombre de membres inscrits à la Corporation des ergo--thérapeutes a augmenté considérablement depuis 1978 passant de 388 à 765 en 1985 soit, une augmentation de 97%. Toutefois, le nombre de membres inspectés par année n'a pas évolué dans la même direction. On observe au Tableau 2 que le nombre de membres inspectés a eu plutôt tendance à diminuer depuis 1981 pour atteindre 11 membres visités en 1985.

La Corporations des ergothérapeutes est celle parmi les corporations de taille moyenne (pour lesquelles nous disposons de l'ensemble des données) qui a de 1981 à 1985 alloué les plus fortes sommes par membre pour l'inspection soit entre 42,00$ et 50,00$ (Tableau 2.2) et qui a consacré le plus fort pourcentage de ses dépenses totales à l'inspection depuis 1981. C'est également la seule qui a reçu des subventions de l'Office des professions pour toute la période. Depuis 1981, entre 25 et 40% des dépenses d'inspection sont subventionnées par l'Office (Tableau 2.3).

Les rapports du comité d'inspection professionnelle sont brefs et ne mentionnent aucune recommandation faite aux membres suite aux visites d'inspection.

En résumé:

Les corporations de taille moyenne ont toutes connu une croissance de leurs effectifs au cours de 1978 à 1985. Le nombre de membres inspectés a été plus important au cours de la période 1978 à 1981 qu'au cours des années suivantes chez les denturologistes et les ergothérapeutes alors que dans le cas des optométristes, ce nombre fluctuait d'une année à l'autre. Seuls les denturologistes et les optométristes ont connu une forte augmentation du nombre de membres inspectés entre 1984 et 1985, celui-ci passant de 15 à 48 denturologistes inspectés et de 35 à 52 optométristes inspectés. En moyenne, au cours de la période les dentu--rologistes ont inspecté 13% de leurs membres par année, les optométristes 5% et les ergothérapeutes 8% .

C'est la Corporation des ergothérapeutes (la seule à titre réservé parmi les corporations de taille moyenne) qui a alloué en moyenne le plus fort pourcentage de ses dépenses totales à l'inspection professionnelle (environ 12%). C'est elle également qui, depuis 1981, a dépensé les plus fortes sommes par membre pour l'inspection professionnelle soit entre 42,00$ et 50,00$,à l'exception des chiropraticiens qui en 1985 ont dépensé 86,28$ par membre pour l'inspection. La Corporation professionnelle des ergothé--rapeutes est également la seule à avoir bénéficié de subventions à l'inspection (offertes par l'Office des professions) chaque année depuis 1978. Ces subventions couvraient généralement plus de 25% des dépenses totales d'inspection professionnelle depuis 1981.

2.3.1.3 Les corporations de grande taille (1000 à 5000 membres)

Les corporations de grande taille regroupent trois corporations d'exercice exclusif, celles des dentistes, des pharmaciens et des techniciens en radiologie, et six corporations à titre réservé, celles des diététistes, des hygiénistes dentaires, des physiothérapeutes, des psychologues, des technologistes médicaux et des travailleurs sociaux. Parmi ces corporations, deux corporations d'exercice exclusif ont un statut économique très élevé soit l'Ordre des dentistes et l'Ordre des pharmaciens; chacune a un revenu moyen supérieur à un million de dollars; une corporation à titre réservé, a un statut économique élevé, la Corporation des psychologues, avec un revenu moyen supérieur à 500,000$ alors que les six autres corporations, dont une seule est d'exercice exclusif (celle des techniciens en radiologie), se classent parmi les statuts économiques moyens, avec un revenu moyen entre 100,000$ et 500,000$.

Toutes ces corporations ont un comité d'inspection profes-- sionnelle. Plusieurs d'entre elles précisent dans le rapport annuel de leur comité d'inspection, le nombre de réunions tenues par ce comité. Parmi les corporations d'exercice exclusif, seuls les techniciens en radiologie donnent pour plusieurs années ce type d'information alors que dans le cas des corporations à titre réservé toutes, à l'exception des hygiénistes dentaires, fournissent régulièrement cette information. Le nombre de réunions varie de une à seize par année pour la période 1978-1985, selon les corporations. Par exemple en 1985, ce sont les corporations des psychologues et des technologistes médicaux qui ont tenu le plus grand nombre de réunions, avec un total de seize alors que la Corporation des physiothérapeutes en a tenu le moins, soit deux.

Parmi les autres traits communs à ces corporations, notons qu'aucune d'entre elles ne fait état dans son rapport annuel de l'existence

d'un service d'inspection professionnelle; par contre toutes mentionnent utiliser un certain nombre d'inspecteurs pour effectuer les inspections professionnelles. A l'Ordre des pharmaciens, ces inspecteurs sont des employés permanents.

Les corporations de grande taille à statut économique très élevé:

L'Ordre des dentistes (exercice exclusif)

Depuis 1978, le nombre de dentistes inscrits au tableau de l'Ordre a augmenté de 27%, passant de 2,258 à 2,859 en 1985. C'est au cours de la période 1978 à 1981 que l'Ordre a effectué annuellement le plus d'inspections professionnelles (une moyenne de 150 par an) et qu'il y a consenti les sommes les plus importantes par membre (entre 11,73$ et 15,53$) ainsi que la part la plus importante de ses dépenses totales (entre 3% et 3,7%) (Tableaux 3, 3.1 et 3.2).

Les années de 1982 à 1985, sont marquées par une diminution du nombre d'inspections qui ont atteint un minimum de 32 membres inspectés en 1983 pour ensuite connaître une remontée à 92 et 103 , en 1984 et en 1985. Cette seconde période est marquée par de très faibles investissements monétaires dans l'activité d'inspection; l'Ordre a dépensé par membre moins de 5,50$ pour l'inspection (Tableau 3.2) et les dépenses d'inspection professionnelle représentaient alors moins de 1% des dépenses totales (Tableau 3.1). L'Ordre des dentistes n'a jamais reçu de subventions à l'inspection de l'Office des professions (Tableau 3.3).

Parmi les recommandations faites aux membres lors des visites d'inspections, une d'entre elle fut acheminée au Bureau soit, d'adopter comme norme obligatoire le tablier de plomb lors de la prise de radiographies et la bombonne d'oxygène pour répondre à des urgences respiratoires.

Depuis 1982-83, les recommandations concernent seulement les annotations aux dossiers. D'ailleurs, on retrouve chaque année, comme rapport du comité d'inspection, le texte intégral de l'année précédente.

L'Ordre des pharmaciens (exercice exclusif)

Les pharmaciens ont connu une croissance importante (26,8%) au Québec au cours de la période 1978-85, leur nombre passant de 3144 à 3986 en 1985. Le nombre de membres inspectés s'est généralement accru d'une année à l'autre, sauf en 1979 et en 1983 où il accusa les plus bas niveaux avec respectivement 580 et 591 membres inspectés (Tableau 3), ce qui reste très élevé en comparaison à ce que font plusieurs autres corporations. Sans avoir créé un service d'inspection, l'Ordre utilise les services d'inspecteurs qui exercent à temps plein leur activité de membre du comité d'inspection professionnelle.

La part des dépenses d'inspection professionnelle dans l'ensemble des dépenses de l'Ordre n'a cessé de s'accroître depuis 1981 pour représenter en 1985, 15,2% de ses dépenses totales (Tableau 3.1). D'ailleurs on peut observer que tout au long de la période 1978-1985, l'inspection professionnelle a représenté entre 12% et 15% des dépenses totales de l'Ordre, à l'exception de 1980 où elle ne représentait que 3%. Quant aux dépenses d'inspection par membre, elles ont eu tendance à s'accroître sauf en 1980 où seulement 8,58$ ont été dépensés et en 1983 où les sommes allouées sont demeurées stables par rapport à l'année précédente 37,36$ (Tableau 3.2). Depuis 1981, les dépenses d'inspection par membre ont connu une croissance de 37,00$ à 50,50$.

L'Ordre des pharmaciens bénéficie des subventions à l'inspection de l'Office des professions depuis 1983. Les sommes reçues couvrent moins de 8% des dépenses totales d'inspection réalisées chaque année.

Les recommandations suite aux visites d'inspection générale concernent surtout la tenue du dossier patient, le renouvellement des ordonnances et l'étiquetage des médicaments et des poisons.

L'Ordre des dentistes et l'Ordre des pharmaciens, deux corporations à exercice exclusif, de grande taille, de statut économique très élevé dont une partie importante des membres ont une pratique privée, n'accordent pas la même importance à l'inspection professionnelle. Entre 1978 et 1985, l'Ordre des dentistes a inspecté en moyenne 115 membres par année (environ 5% de sa population) comparativement à 728 membres inspectés en moyenne par année chez les pharmaciens (environ 20% de sa population). Lorsque l'on compare les sommes allouées par ces deux groupes de professionnels à l'activité d'inspection, l'écart est tout aussi considérable. L'Ordre des pharmaciens a dépensé par membre 35,65$ en moyenne par année pour l'inspection professionnelle comparativement aux dentistes qui y ont accordé en moyenne 8,74$ par année. Les dépenses d'inspection professionnelle occupent d'ailleurs une part beaucoup plus importante des dépenses totales de la corporation chez les pharmaciens.

Corporation de grande taille à statut économique élevé:

La Corporation professionnelle des psychologues (titre réservé)

La Corporation des psychologues du Québec a vu au le nombre de ses membres s'accroître de 75,8% depuis 1978, passant de 1,838 à 3,231 membres inscrits en 1985. Avant 1979-80, la corporation n'avait pas de comité d'inspection professionnelle; ce n'est qu'à partir de 1981 que les activités d'inspection ont réellement débuté. Au Tableau 3, on observe que le nombre d'inspections réalisées a fait un saut entre 1983 et 1984, passant de 60 membres inspectés par année à 212. Quant aux dépenses d'inspection

par membre, elles ont connu une croissance au cours de la période 1982-85, passant de 20,00$ à 35,00$. Les dépenses d'inspection professionnelle représentent 7 à 8% des dépenses totales de la Corporation des psychologues entre1982-84 et 11,5% en 1985.

Depuis 1980, la corporation reçoit annuellement une subvention de l'Office des professions pour l'inspection professionnelle. Les sommes reçues ont permis de couvrir entre 5 et 12% des dépenses d'inspection.Les recommandations concernent généralement la tenue du dossier-patient et encouragent l'approfondissement des connaissances par la formation continue.

Corporations de grande taille à statut économique moyen:

La Corporation professionnelle des techniciens en radiologie (exercice exclusif)

Depuis 1978, le nombre de techniciens en radiologie au Québec a augmenté de près de 14,7%; de 2,514 qu'ils étaient, ils sont passés en 1985 à 2,884. Contrairement aux corporations dont on vient de parler, nous ne disposons pas du nombre de membres inspectés par année. Les seules informations disponibles concernent le nombre d'établissements inspectés, où plusieurs techniciens peuvent être inspectés. Au Tableau 3, on peut remarquer que le nombre d'établissements visités a généralement augmenté pour l'ensemble de la période observée sauf en 1980 où un seul établissement fut inspecté. On constate également que, depuis 1983, l'activité d'inspection dans les établissements devient plus importante: de 5 établissements inspectés en 1982, à 22 en 1983 , à 48 et 47 en 1984 et 1985. Les dépenses par établissement sont plutôt (Tableau 3.2). Au cours de la période retenue, la Corporation des techniciens en radiologie a dépensé en

moyenne par année 3,60$ par établissement pour l'inspection. Les dépenses d'inspections ont représenté au cours de ces années en moyenne 2,5% des dépenses totales de la corporation. Au tableau 3.1, on peut noter que la part des dépenses totales pour l'inspection professionnelle a varié entre 1.1% et 1.7% jusqu'en 1983; depuis, elle a connu une croissance à 5.4% en 1985.

La Corporation des techniciens en radiologie a obtenu une seule subvention à l'inspection de l'Office des professions. En 1984, la subvention reçue a couvert près de 30% des dépenses d'inspection.

Les rapports du comité d'inspection professionnelle ne font aucunement mention de recommandations suite aux visites d'inspection.

La Corporation professionnelle des diététistes (titre réservé)

Le nombre de membres de la Corporation des diététistes s'est accru de 29,1% entre 1978 et 1985 passant de 951 à 1,228 membres. Malgré cela, le nombre de membres inspectés a plutôt eu tendance à décroître pour atteindre un minimum de 10 en 1982. C'est toutefois entre 1978 et 1981, que la corporation a visité le plus de membres par année soit 139 membres en moyenne par an, et qu'elle a alloué les sommes les plus importantes (entre 12,00$ et 36,00$ par membre) et que l'inspection a représenté le pour--centage le plus élevé des dépenses totales pour l'ensemble des années observées (Tableaux 3.1 et 3.2). Entre 1982-1985, les activités d'inspections et les sommes correspondantes sont plus faibles. Toutefois, 1985 est marquée par une augmentation importante du nombre de membres inspectés (de 15 à 88) ainsi que des sommes allouées à l'inspection (de 6,49$ à 13,15$).

La Corporation des diététistes a reçu chaque année, sauf en 1982, une subvention de l'Office des professions. Les sommes accordées

variaient d'une année à l'autre et ont permis de couvrir entre 38% et 68% des dépenses d'inspection selon les années.

Les recommandations n'apparaissent pas toujours dans les rapports du comité d'inspection. Lorsqu'il y en a, elles concernent principalement une plus grande participation aux activités de formation continue.

La Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires (titre réservé)

Le nombre de membres de la Corporation des hygiénistes dentaires s'est accru de près de 112% depuis 1978 passant de 609 membres inscrits et exerçant au Québec à 1,292 en 1985. Cette forte croissance des membres ne fut pas accompagnée par une activité d'inspection accrue. On observe au Tableau 3 que le nombre de membres inspectés varie entre 24 et 40 chaque année, à l'exception des années 1981 et 1984, où aucun membre ne fut inspecté. Les dépenses d'inspection par membre ont varié tout au cours de 1978-85; elles ont connu une croissance de 1978 à 1980 où elles ont atteint le maximum de 14.03$ pour ensuite osciller entre 2.97$ et 13.86$. La part des dépenses totales associées aux dépenses d'inspection chez les hygiénistes dentaires a varié entre 1.8% et 10.4%. Les hygiénistes dentaires et les techniciens en radiologie sont les deux corporations de grande taille de statut économique moyen qui ont consacré le plus faible pourcentage de leur budget à l'inspection.

La Corporation des hygiénistes a pourtant reçu, contrairement à celle des techniciens en radiologie, des subventions de l'Office des professions de 1978 à 1983. Ces subventions, selon les années, couvraient la totalité ou une partie importante des dépenses d'inspection (Tableau 3.3). Depuis 1983, les hygiénistes dentaires n'ont reçu aucune subvention de l'Office pour l'inspection.

Les rapports du comité d'inspection professionnelle ne contien--nent pas de recommandations.

La Corporation professionnelle des physiothérapeutes (titre réservé)

Le nombre de membres de la Corporation des physiothérapeutes exerçant au Québec a augmenté de 73,4% entre 1978-1985, passant de 905 à 1,569 membres inscrits. Au Tableau 3, on constate que le nombre de membres inspectés n'a pas connu une hausse importante avant 1984; entre 1978 et 1983, ce nombre se situait autour de 100 sauf en 1979, où 134 membres furent inspectés. C'est en 1984, que le nombre de membres inspectés par année dépassa le cap des 200 pour la première fois avec 257 membres inspectés, suivi par 203 en 1985. Quant aux dépenses d'inspection par membre, elles ont connu généralement une croissance tout au cours de la période sauf en 1982, où elles ont accusé une légère baisse. Les dépenses d'inspection par membre sont passées de 27.62$ en 1978 à 47.75$ en 1985. Malgré cela, la part des dépenses totales associées à l'inspection professionnelle a diminué de 1979 à 1984 passant de 12,7% à 9,1% pour ensuite remonter à 10,5% en 1985 (Tableaux 3.1 e 3.2).

La Corporation des physiothérapeutes est la seule corporation de grande taille à avoir reçu une subvention à l'inspection chaque année de 1978 à 1985. Selon les années, les sommes obtenues ont permis de couvrir jusqu'à un maximum de 64% des dépenses d'inspection en 1978 (Tableau 3.3).

La majorité des recommandations portent sur la tenue de dossiers. Également, certaines recommandations portent sur la structure et l'organisation des soins en physiothérapie, sur l'application du code de déontologie et sur l'actualisation des connaissances.

La Corporation professionnelle des technologistes médicaux (titre réservé)

La Corporation des technologistes médicaux a connu une diminution de ses membres inscrits de 1978 à 1982 , de 2039 à 1841; par la suite, ce nombre s'est légèrement accru pour atteindre en 1985 un total de 2000 membres inscrits. Quant au nombre de membres inspectés (cette information n'est disponible qu'à partir de 1980), nous observons au Tableau 3 une forte augmentation entre 1980-81, de 66 à 250 membres inspectés; par la suite, ce nombre se maintient entre 212 et 218 sauf en 1984 où seulement 127 membres ont été inspectés.

Les dépenses d'inspection par membre inscrit se sont continu--ellement accrues au cours de la période passant de 2,54$ à 16,89$ (Tableau 3.2). Le même phénomène s'observe en ce qui a trait à la part des dépenses totales associées à l'inspection professionnelle, celle-ci est passée de 2,4% à 10,1% en 1985.

La Corporation des technologistes médicaux a reçu à quatre reprises, une subvention à l'inspection de l'Office des professions. Ces sommes ont permis de couvrir entre 30% et 55% des dépenses réalisées en 1981, 1982, 1984 et 1985 (Tableau 3.3).

Les recommandations n'apparaissent pas dans tous les rapports du comité d'inspection professionnelle. Les principales recommandations touchent l'application du décret sur la délégation des actes et le respect des normes concernant les ponctions veineuses et capillaires, l'identification des spécimens, le contrôle de la qualité, la signature et responsabilité professionnelles, le maintien et perfectionnement des connaissances et les relations avec les autres professionnels.

La Corporation des travailleurs sociaux (titre réservé)

Le nombre de membres inscrits à la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux a été en décroissance de 1979 à 1982, passant de 1,960 membres à 1,766, pour s'accroître ensuite et atteindre 2,043 en 1985. Le comité d'inspection professionnelle a débuté ses activités en 1979. Il est impossible de discuter du nombre de membres inspectés par année puisque cette information n'est pas disponible dans tous les rapports annuels et que la Corporation n'a pas répondu à notre demande d'information à ce sujet. Quant aux sommes allouées à l'inspection, nous notons que les dépenses d'inspection par membre sont passées de 6,56$ en 1981 à 20,14$ en 1985. C'est d'ailleurs entre 1984-85 que ces dépenses ont connu la plus forte augmentation, de 12,07$ à 20,14$. La part des dépenses totales associées aux dépenses d'inspection a varié entre 4.4% et 12,8% (Tableau 3.1).

La Corporation des travailleurs sociaux reçoit chaque année depuis 1981 une subvention de l'Office des professions. Cette subvention a permis de couvrir en moyenne 25% des dépenses d'inspection, au cours de ces cinq années .

En résumé:

Les grandes corporations à statut économique moyen ont des comportements différents face à l'activité d'inspection professionnelle. C'est la Corporation professionnelle des physiothérapeutes qui, sur l'ensemble de la période (1978 à 1985), a maintenu ses activités d'inspection au niveau le plus élevé (visitant en moyenne 139 membres par an) et qui y a consenti les sommes par membre les plus importantes (40,45$ en moyenne par année par membre inscrit) et alloué au cours de ces années près de 11% en moyenne par année de ses dépenses totales à l'inspection.

Lorsqu'on examine séparément les périodes 1978-81 et 1982-85 (pour les quatres corporations pour lesquelles nous disposons de données pour l'ensemble de la période), on constate que la corporation des techniciens en radiologie est la seule à avoir accru la part des dépenses d'inspection professionnelle. Celle des diététistes a considérablement réduit ses activités d'inspection (passant de 138 à 39 membres visités en moyenne par année). Au cours de 1978 à 1981, ses dépenses d'inspection professionnelle sont passées de 10,7% de ses dépenses totales en 1982 à seulement 2,4% en 1985, la part la plus faible, à l'exception de celle dépensée par l'Ordre des dentistes (1%).

Il nous apparaît que le statut économique des corporations de grande taille n'est pas un prédicteur de leur niveau d'activité en matière d'inspection. L'Ordre des dentistes, malgré ses revenus supérieurs à un million de dollars par année, compte parmi les corporations qui ont investi le moins dans l'activité d'inspection. Les dépenses d'inspection de l'Ordre représentent en moyenne 2% de ses dépenses totales comparativement à l'Ordre des pharmaciens (corporation de même taille et statut économique) pour qui ce type de dépenses représente en moyenne au cours de la période 11,9% de ses dépenses totales.

L'Ordre des pharmaciens et la Corporation professionnelle des physiothérapeutes sont les groupes qui ont les dépenses d'inspection par membre les plus élevées pour l'ensemble de la période. L'Ordre des pharmaciens a dépensé en moyenne 35,65$ par membre inscrit et la Corporation des physiothérapeutes 40,45$. Toutefois, la Corporation des physiothérapeutes (statut économique moyen) a reçu au cours de ces années des subventions de l'Office couvrant en moyenne, pour la période 1978-85, 28% de ses dépenses d'inspection alors que l'Ordre des pharmaciens (statut

économique très élevé) n'a bénéficié qu'à trois reprises de telles subventions couvrant en moyenne 2,4% des dépenses par an.

Chez les cinq corporations pour lesquelles nous disposons de toutes les informations pour la période, trois ont diminué le nombre de membres inspectés, ainsi que les sommes allouées à l'inspection; il s'agit de l'Ordre des dentistes, des corporations des diététistes et des hygiénistes dentaires. Ces corporations ont inspecté respectivement en moyenne 5%, 8% et 3% de leurs membres par an; alors que l'Ordre des pharmaciens et la Corporation des physiothérapeutes ont inspecté en moyenne 21% et 11% de leurs membres par an.

Les corporations de grande taille et d'exercice exclusif ont reçu beaucoup moins de l'Office des professions que les corporations à titre réservé et les sommes allouées couvraient en général une partie plus faible des dépenses d'inspection.

Les recommandations résultant des inspections concernent principalement la tenue des dossiers, l'organisation de leur travail et l'actualisation des connaissances par la formation continue.

2.3.1.4 Les corporations de très grande taille (5000 membres et plus)

Parmi les corporations professionnelles de très grande taille, nous retrouvons deux corporations d'exercice exclusif, celles des médecins et des infirmières, et une corporation à titre réservé, la Corporation des infirmières auxiliaires. Toutes ces corporations ont un statut économique très élevé, avec un revenu moyen au cours de 1978 à1985, supérieur au million de dollars. Chacune possède un comité d'inspection, qui a tenu en moyenne au cours de

la période dix réunions par année. La Corporation professionnelle des médecins et l'Ordre des infirmières ont un service d'inspection professionnelle.

La Corporation professionnelle des médecins (exercice exclusif)

Le nombre de médecins a augmenté de 21,4% entre 1978 et 1985, passant de 11,247 à 13,658. Les informations dont nous disposons sur le nombre d'inspections ne nous permettent pas de connaître exactement le nombre de médecins touchés par l'inspection; nous connaissons seulement le nombre de membres touchés par l'inspection en établissement de 1982 à 1985. Les données disponibles pour l'ensemble de la période 1978-1985 concernent le nombre d'établissements et de cabinets inspectés. Par ses inspections en établissement, la Corporation des médecins rejoint une partie importante de ses membres; en 1984, elle a inspecté ainsi 5,583 médecins soit 42% de l'ensemble de ses membres.

La Corporation des médecins accorde beaucoup de ressources financières à l'inspection professionnelle de ses membres. Le service d'inspection compte un directeur et 6 inspecteurs choisis parmi des médecins de différentes spécialités, qui peuvent s'adjoindre des experts externes pour les accompagner dans leur visites d'inspection. Le service d'inspection a publié au fil du temps une collection d'une vingtaine de brochures, portant sur des sujets comme, la tenue des dossiers médicaux, l'évaluation des actes, les procédures d'anesthésie, le suivi de grossesse, etc.; ces brochures sont diffusées aux membres à titre de guides pour l'exercice.

Les dépenses d'inspection par membre inscrit se sont généralement accrues au cours des années, passant de 42,55$ en 1978 à 85,78$ en 1985 soit une augmentation de plus de 100% (Tableau 4.2). Le

pourcentage des dépenses totales consacré à l'inspection a varié entre 15,4% et 22,6% (Tableau 4.1).

La Corporation des médecins n'a jamais reçu de subvention à l'inspection de l'Office des professions .

Les recommandations qui reviennent le plus souvent concernent la tenue de dossier, l'évaluation de l'exercice professionnel, le fonctionnement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des hôpitaux, et la gestion des médicaments.

L'Ordre des infirmières et infirmiers (exercice exclusif)

Le nombre d'infirmières a augmenté de 19.9% depuis 1978, passant de 45,527 membres inscrits à 54,598 en 1985. L'inspection professionnelle des infirmières se fait en établissement; l'Ordre des infirmières indique dans ses rapports annuels le nombre d'établissements inspectés, sans mentionner le nombre de membres visés par l'inspection. L'Ordre nous a cependant communiqué un estimé du nombre d'infirmières vues de 1978 à 1985. Le Tableau 4 indique que le nombre d'infirmières inspectées qui se situait entre 2,000 et 3,500 de 1978-1983 (entre 4% et 7% des membres de l'Ordre), connaît une forte remontée à 7,000 en 1984 puis à 9,300 en 1985 (13.4% et 17.0% de l'ensemble des membres).

L'Ordre des infirmières dépense moins pour l'inspection profes-- sionnelle que la Corporation des médecins, bien qu'il se soit aussi doté d'un service d'inspection; l'Ordre publie des brochures sur "L'évaluation de la compétence" qui définissent les normes et critères de compétence s'appliquant aux diverses catégories de membres. Les dépenses d'inspection professionnelle ont généralement augmenté d'une année à

l'autre, sauf en 1980 où elles ont connu une légère baisse de 12.15$ à 10.22$ par membre. Au total, les dépenses d'inspection ont augmenté de 124% de 1978 à 1985, passant de 7,91$ à 17.73$ en 1985. La part des dépenses totales est passée de 8,6% à 15,71% en 1985, une augmentation de plus de 80% (Tableaux 4.1 et 4.2).

L'Ordre des infirmières reçoit annuellement, depuis 1981, une subvention de l'Office des professions qui lui permet de couvrir moins de 1,5% de ses dépenses totales d'inspection (Tableau 4.3). C'est la seule, parmi les trois corporations de ce groupe à recevoir des subventions.

Les recommandations des inspecteurs visent surtout à encou-- rager les infirmières à parfaire leur formation dans un domaine donné; des recommandations sur la définition de l'exercice de la profession sont aussi acheminées aux Directions des Soins Infirmiers des établissements .

La Corporation des infirmières auxiliaires (titre réservé)

Le nombre de membres de la Corporation des infirmières auxiliaires a connu des années de croissance et de décroissance au cours de 1978-85: en 1985, il avait augmenté de 12,4% par rapport à 1978 (de 16,674 à 18,740). Malheureusement, la Corporation des infirmières auxiliaires n'a pu nous faire un estimé du nombre de membres inspectés lors des inspections en établissement. Au Tableau 4, nous constatons que le nombre d'établissements inspectés a varié de 6 en 1978 à 15 en 1985 avec un sommet de 21 établissements, en 1983.

Les ressources financières allouées à l'inspection sont beaucoup plus modestes que chez les deux autres corporations de sa catégorie. Les dépenses par membre varient entre 0,60$ et 4,19$ entre 1978-85 et la part des dépenses totales entre 1.1 et 5.3% (Tableaux 4.1 et 4.2).

Les recommandations traitent du temps accordé aux patients, de la communication avec les autres professionnels, des activités de perfecti--onnement, des notes et signatures dans le dossier du bénéficiaire et de l'obligation pour l'infirmière auxiliaire de prendre connaissance du dossier du bénéficiaire qu'elle traite.

En résumé:

C'est la Corporation professionnelle des médecins qui accorde le plus de ressources financières à l'inspection professionnelle. La Corporation professionnelle des médecins et l'Ordre des infirmières ont eu un revenu moyen au cours des années retenues entre 4 et 5,5 millions de dollars alors que la Corporation professionnelle des infirmières auxiliaires atteignait seulement 1,3 millions de dollars.

Parmi les corporations de très grande taille, la Corporation des médecins est celle dont les dépenses d'inspection occupent le plus fort pourcentage de ses dépenses totales; en moyenne de 1978 à 1985, 19% des dépenses totales sont attribuables à l'inspection comparativement à 12,4% pour l'Ordre des Infirmières et à 3,5% pour la Corporation des infirmières auxiliaires. C'est également la Corporation des médecins qui a dépensé le plus par membre, soit en moyenne 62,75$ par an, entre 1978-85, alors que l'Ordre des infirmières dépensait en moyenne 12,85$ et la Corporation des infirmières auxiliaires 2,62$.

Quant à la proportion des membres touchés par l'inspection, nous ne pouvons être précis puisqu'il manque des informations sur le nombre de membres inspectés de 1978 à1981 dans le cas de la Corporation professionnelle des médecins et pour l'ensemble de la période, dans le cas des infirmières auxiliaires. Si nous examinons la proportion de membres

inspectés par année depuis 1982, la Corporation des médecins, visite une part plus importante de ses membres par année, en moyenne 30% comparativement à 10% pour les autres.

2.3.1.5 Conclusion

Toutes les corporations professionnelles, quelque soit leur taille, ont un comité d'inspection professionnelle tel que prescrit par le Code des professions. L'activité de ces comités, si nous l'estimons en terme des réunions tenues au cours d'une année, varie beaucoup d'une corporation à l'autre. Il varie entre une et seize réunions au cours de la période 1978-85 et ce, indépendamment de la taille ou du statut économique des corporations.

Seuls la Corporation professionnelle des médecins et l'Ordre des infirmières, deux corporations de très grande taille et de statut économique très élevé, ont un service d'inspection professionnelle. L'Ordre des pharma--ciens a un comité d'inspection composé de membres qui sont des permanents de l'Ordre, ce qui rend le comité assimilable à un service.

Lorsqu'on examine le nombre de membres inspectés annuellement depuis 1978, on constate, comme on doit s'y attendre, qu'en moyenne les corporations de petite taille ont visité un moins grand nombre de membres que les autres corporations. Toutefois, si l'on examine la proportion de la population totale visitée (Tableaux 1, 2, 3 et 4), on constate que les petites corporations à exercice exclusif sont celles qui ont les moyennes de membres inspectés les plus élevées, à l'exception de la Corporation des médecins. La Corporation des audioprothésistes a en moyenne visité 22% de ses membres annuellement et la Corporation des podiatres 17%. Seul l'Ordre des pharmaciens (Corporation de grande taille, à exercice exclusif et de statut économique très élevé) a visité en moyenne une proportion aussi grande de sa population, soit 21%; la Corporation des denturologistes

(Corporation de taille moyenne, à exercice exclusif et de statut économique moyen) a visité en moyenne 13% et la Corporation des physiothérapeutes (Corporation de grande taille, à titre réservé et de statut économique moyen) 11%. Ces cinq corporations comptent parmi celles qui ont alloué les sommes les plus importantes à l'inspection entre1978-85 (entre 29,33$ et 40,45$ par membre en moyenne par année), avec celles des ergothérapeutes (Corporation de taille moyenne, à titre réservé et de statut économique moyen), des optométristes (Corporation de taille moyenne, à exercice exclusif et de statut économique moyen) et des médecins (Corporation de très grande taille, à exercice exclusif et de statut économique très élevé).

Ces cinq corporations ont toutes reçu des subventions de l'Office des professions. Les corporations professionnelles des audioprothésistes et des podiatres sont les plus subventionnées des cinq corporations; la subvention moyenne était de l'ordre de 83% de leurs dépenses d'inspection, alors que pour les physiothérapeutes elle s'élevait à 29%, pour les denturologistes à 12% et pour les pharmaciens à 2.4%.

Il apparaît que les subventions de l'Office des professions ont permis aux corporations à statut économique faible et moyen de réaliser des activités d'inspection comparables à celles des corporations plus riches.

Parmi les quatorze corporations pour lesquelles nous disposons d'informations complètes, c'est la Corporation des hygiénistes dentaires (Corporation de grande taille, à titre réservé et de statut économique moyen) qui affiche la proportion annuelle moyenne de membres visités la plus faible avec 3%, suivie de l'Ordre des dentistes (corporation de grande taille, à exercice exclusif et de statut économique élevé), de l'Ordre des optométristes (Corporation de taille moyenne, à exercice exclusif et de statut économique moyen), de la Corporation des orthophonistes et audiologistes et de celle des techniciens dentaires (deux corporations de petite taille, à titre réservé et de

statut économique faible) qui toutes ont visité en moyenne au cours de la période moins de 5% de leurs membres par année. Rappelons que depuis 1982, la Corporation des techniciens dentaires n'effectue plus d'inspections. Ces corporations comptent également parmi celles qui ont dépensé en moyenne, pour l'inspection, les sommes les plus faibles par membre (entre 5,72$ et 9,30$) L'Ordre des optométristes fait exception, ayant investi 25,80$.

Trois corporations dans ce groupe n'ont reçu aucune subvention de l'Office des professions au cours de la période; il s'agit de l'Ordre des dentistes, de l'Ordre des optométristes et de la Corporation professionnelle des infirmières auxiliaires. C'est la corporation des hygiénistes dentaires qui a reçu le plus de subventions qui ont couvert en moyenne 62,3% de ses dépenses d'inspection entre 1978-85.

Il apparaît ici que les activités d'inspection et les sommes qui y sont allouées sont indépendantes de la taille, du type d'incorporation et du statut économique des corporations. Cependant, cette constatation doit tenir compte du fait que plusieurs corporations ont reçu des subventions pour fins d'inspection professionnelle. Ce sont surtout les corporations de petite taille qui en ont bénéficié; il y a lieu de se demander dans quelle mesure, ces petites corporations peuvent s'acquitter de leurs obligations de surveillance de l'exercice de leurs membres sans aide financière de l'Office des professions. Par ailleurs, on constate que des corporations qui dépensent peu pour l'inspection, trouvent le moyen de consacrer des sommes importantes à la publicité (campagnes visant à faire connaître la profession et à en valoriser l'image) et aux frais juridiques; ceci reflète la valeur accordée par elles à la surveillance de l'exercice et indirectement à la protection du public.

2.3.1.6 Observations générales

La qualité des rapports des comités d'inspection professionnelle est très inégale d'une corporation professionnelle à une autre. Aucune norme ne régit la forme et le contenu de ces rapports; il n'est donc pas surprenant de retrouver une grande hétérogénéité, au niveau des rapports, entre les corporations et parfois d'une année à l'autre chez une même corporation. La qualité des rapports nous semble refléter l'intérêt que portent les corporations à l'activité d'inspection professionnelle. Les données que nous avons rassemblées proviennent des rapports annuels et directement des corpo-- rations qui ont dans certains cas pu compléter les informations manquantes. Malheureusement comme on a pu le constater, plusieurs informations sont demeurées incomplètes.

De façon générale, les professions d'exercice exclusif à quelques exceptions près (dentistes, chiropraticiens, opticiens et optométristes) présentent des rapports plus consistants et plus détaillés que la majorité des professions à titre réservé.

Les rapports des comités d'inspection professionnelle des professions à titre réservé sont très inégaux. Certains ne font aucune mention des recommandations consécutives aux inspections[1] alors que d'autres répè-- tent intégralement les mêmes recommandations d'une année à l'autre[2]; d'autres, ne donnent aucune information sur les dépenses imputables au

---

2 Exemples: Corporation professionnelle des ergothérapeutes
Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes
Corporation professionnelle des techniciens dentaires

2 Exemples: Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires
Corporation professionnelle des techniciens dentaires

comité ou affichent un grand manque de continuité dans la présentation des états financiers d'une année à l'autre[3].

Parmi les professions d'exercice exclusif, ce sont les dentistes, les chiropraticiens, les opticiens et les optométristes qui présentent les rapports du comité d'inspection professionnelle les moins uniformes, manquant de précision ou tout simplement redondant i.e. reprenant intégralement des sections des textes des rapports des années précédentes.

Le succès de l'inspection professionnelle est fonction de la motivation des corporation à en faire une priorité; si les rapports annuels des corporations témoignent de cet intérêt des professionnels pour l'activité d'inspection, il y a lieu de se poser de sérieuses questions sur la qualité des inspections et l'atteinte des objectifs de protection du public.

Certaines corporations (telles que l'Ordre des infirmières, la Corporation des chiropraticiens, la Corporation des diététistes, la Corporation des technologistes médicaux et la Corporation des techniciens dentaires) considèrent trop coûteuse l'inspection professionnelle. D'ailleurs, quelques-unes d'entre elles remettent en question dans leurs rapports le processus de l'inspection professionnelle et proposent le questionnaire d'auto-évaluation des membres comme étant un mécanisme d'inspection moins coûteux et permettant aux membres d'y participer. Cette proposition revient à laisser aux professionnels la tâche de s'évaluer eux-mêmes plutôt que l'être par leurs pairs, ce qui comporte des risques évidents d'accrocs à la protection du public et est contraire à l'esprit même du Code des professions.

---

[3] Exemples: Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires
Corporation professionnelle des ergothérapeutes
Corporation professionnelle des diététistes
Corporation professionnelle des psychologues
Corporation professionnelle des technologistes médicaux

2.4. Bilan de l'application du Code: favoriser la collaboration interprofessionnelle

En recommandant le maintien d'une structure qui faisait des corporations les délégataires de l'État en matière de protection du public dans ses rapports avec les professionnels, la Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-Etre Social (1970) n'ignorait pas les risques que cela comportait. Les commissaires ont bien vu que l'octroi de privilèges d'exercice exclusif risquait de figer l'évolution des champs de pratique et surtout de compartimenter la production de services professionnels en créant ou en consacrant des chasses-gardées.

Cela tient à l'impossibilité de délimiter de façon claire et précise chacun des champs d'exercice. Les définitions juridiques des champs ne permettent pas un ajustement rapide aux changements provoqués par le dévelopement scientifique et technologique, par le développement des professions déjà existantes ou par l'émergence de nouvelles occupations. Pour pallier à ces "problèmes", ils ont recommandé que des mesures soient prises pour atténuer les effets négatifs, de la création de monopoles, sur l'évolution de la distribution des tâches et sur les rapports entre les professions.

Le mécanisme retenu est celui de délégation des actes profes-- sionnels: le législateur a prévu, en 1973, dans les lois constituant sept corporations d'exercice exclusif, dont celles des médecins, des infirmières et des dentistes, l'obligation d'adopter un règlement pour déterminer parmi les actes normalement réservés à leurs membres, ceux pouvant être exécutés, sans danger pour le public, par une autre classe de personnes. L'adoption de ces règlements par les corporations devait se faire à l'intérieur d'un délai

fixé par l'Office des professions, en consultation avec lui et avec les corporations ou organismes représentatifs des personnes visées par le futur règlement; à défaut de quoi, l'Office pouvait adopter lui-même un règlement de délégation. Contrairement à ce qui avait été prévu, l'adoption des règlements a nécessité de longues négociations et causé de nombreuses tensions qui ont même donné lieu à des affrontements sur la place publique.[4] Devant l'impossibilité de réconcilier les parties dans certains cas, comme celui des actes dentaires, l'Office des professions a du trancher les débats. Le processus d'adoption des règlements a duré six ans dans le cas des actes médicaux et infirmiers.

Les résultats obtenus apparaissent, aujourd'hui, distants des objectifs initiaux du législateur. Il semblerait que les Corporations délégantes aient utilisé ce règlement pour étendre et consolider leur propre champ de pratique plutôt que pour favoriser un meilleur partage des tâches sanitaires. Ce comportement pourrait ne pas être étranger aux relations tendues observées entre certaines de ces corporations. L'examen des journaux professionnels et les prises de positions de divers intervenants permettent de documenter ce constat d'échec.

Dans cette section, nous examinons l'impact de l'adoption des règlements de délégation des actes médicaux et infirmiers. Nous ne discuterons pas de l'impact du règlement de délégation des actes dentaires puisque ce dernier n'est pas encore en vigueur , suite à un rejet pour vice de forme en 1985 [5]

---

5 Voir en annexe les informations factuellesdans la chronologie du dossier de la délégation des actes médicaux et infirmiers.

6 Voir en annexe les informations factuelles sur la délégation des actes bucco-dentaires.

L'objectif que nous poursuivons consiste à voir non seulement si la réglementation a atteint ses objectifs initiaux (de favoriser la collaboration interprofessionnelle et de permettre le décloisonnement des champs d'exercice) mais également à identifier les effets directs et indirects de l'application des règlements de délégation des actes médicaux et infirmiers chez les professionnels touchés tant sur le plan juridique, économique que professionnel. Pour atteindre ce but, nous examinerons quatre indicateurs d'atteinte des objectifs:

1. Les règlements de délégation d'actes ont effectivement été adoptés et des modifications ont été apportées pour les adapter aux circonstances nouvelles;

2. les règlements de délégation ont été appliqués et ont produit les effets attendus;

3. plus de collaboration entre les professionnels visés par la délégation des actes a été observée;

4. les professionnels se disent satisfaits de ces règlements.

Notre démarche consistera à vérifier dans quelle mesure on peut observer ces résultats.

Les informations utilisées à cette fin proviennent d'un recen-- sement des écrits (revues professionnelles, des mémoires et études publiés par les corporations et autres organismes concern és) ainsi que d'entrevues auprès de personnes qui furent étroitement impliquées à divers niveaux (corporations, comités d'inspection professionnelle, direction des soins infirmiers, ...) dans l'implantation des règlements de délégation des actes. Il est certain que cette dernière démarche comporte des limites évidentes étant donné que seulement 11 personnes ont été interrogées. Cependant,

nous croyons qu'en raison de la position occupée par ces personnes et de la concordance de leurs points de vue, cette démarche présente une image assez juste de la réalité vécue dans les milieux professionnels concernés.

Mais d'abord, nous présentons un bref survol historique de l'implantation des règlements de délégation des actes médicaux et infirmiers. Puis, nous reconstituons les événements qui ont suivi l'adoption des règlements en centrant l'attention sur les quatre indicateurs mentionnés plus haut. Nous concluons avec une discussion de l'impact des règlements de délégation des actes médicaux et infirmiers près de sept ans après leur adoption.

2.4.1. Le mécanisme de délégation des actes médicaux et infirmiers

Historiquement, la délégation d'actes entre groupes de professi--onnels a toujours existé, de façon formelle ou informelle. Traditionnellement dans les établissements de santé, le médecin autorisait une infirmière, par prescription individuelle, à poser des actes médicaux spécifiques, selon son évaluation de la capacité de cette dernière à les poser. Il n'y avait alors aucune obligation pour l'ensemble de la profession à déléguer des actes à des catégories spécifiques de personnes. La division du travail entre les professionnels était négociée au niveau individuel .

La réforme des professions de 1973 est venue changer cette situation. L'adoption du Code des professions et la création de l'Office des professions ont modifié les règles du jeu en obligeant certaines professions[6] à identifier parmi les actes réservés à leurs membres ceux

---

[7] Code des professions, art. 12 o):" veiller à ce que toute corporation qui y est obligée par la loi détermine parmi les actes réservés à ses membres ceux qui suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des classes de personnes autres que ses membres;"

pouvant être délégués à d'autres personnes. Le législateur voulait ainsi favoriser l'adaptation continue des champs d'exercice professionnel et accroître l'efficacité des diverses catégories de producteurs de services.

En février 1974, l'Office des professions a invité les professions visées à entamer les procédures devant conduire à l'adoption d'un règlement de délégation d'actes. À l'époque, rien ne laissait présager de difficultés majeures à la réalisation d'ententes. Les règlements de délégation des actes médicaux et infirmiers revêtaient beaucoup d'importance pour les trois principales corporations touchées puisqu'ils les amenaient à définir avec plus de précision les frontières de leur champ de pratique. Les délégants, soit les médecins et les infirmières, ont adopté une stratégie très prudente qui consistait à déléguer des actes qui n'étaient pas exclusifs à leurs membres. Ainsi, lors du dépôt du premier projet de délégation d'actes médicaux en mars 1976, l'Ordre des infirmières reprocha aux médecins de leur déléguer des actes leur appartenant déjà, dans les termes suivants:

> " Notre profession est menacée à plus ou moins long terme, lorsque l'on songe que les médecins s'approprient une partie des gestes que les infirmières et infirmiers font depuis toujours. " (Nursing Québec, vol. 4, no. Spécial, Mi-Février 1979)

---

art. 12 p) "déterminer, par règlement, après consultation des corporations intéressées, parmi les actes réservés aux membres d'une corporation visée au paragraphe *o* ceux qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des classes de personnes autres que les membres de cette corporation, à défaut par celle-ci de déterminer ces actes dans le délai fixé par l'Office;"

Les corporations touchées par cette mesure sont celles des chimistes, des médecins, des dentistes, des infirmières, des optométristes, des pharmaciens et des podiatres.

Dans son rôle de délégant, l'Ordre des infirmières adoptait le même comportement. Il s'appropriait tous les actes infirmiers en exclusivité sans égard à la définition des activités professionnelles pouvant être exercées par les infirmières auxiliaires telles que définies à l'article 37 p du Code des professions[7]. Le projet de règlement de délégation d'actes infirmiers faisait perdre aux infirmières auxiliaires tous les actes qui leur étaient reconnus traditionnellement sur la base de l'argument qu'elles n'avaient pas toutes la formation voulue pour poser ces actes .

L'Office des professions dû intervenir dans les deux cas en demandant aux médecins et aux infirmières de ne déléguer que les actes qui leur étaient vraiment exclusifs.

La Corporation professionnelle des médecins et l'Ordre des infirmières cherchaient à préserver l'intégrité de leur champ d'exercice par son expansion. Plus spécifiquement, en délégant des actes frontières, dont la propriété est ambiguë, les délégants se les accaparaient puisque pour être délégué un acte doit appartenir en exclusivité au groupe professionnel qui délègue.

L'Ordre des infirmières, contrairement à la Corporation des médecins, avait beaucoup à perdre ou à gagner dans ces discussions. Il occupait une position délicate, coincé entre ses rôles de délégant et délégataire. Dussault et Potvin (1983; 43) rapportent que sa perception des enjeux était à l'époque que la profession infirmière était en danger de perdre sa place traditionnelle, si elle sortait perdante de ces négociations sur la délégation. En conséquence, l'Ordre décida d'investir des ressources considérables pour protéger ses acquis qu'il voyait menacés à la fois par les médecins et par les auxiliaires.

---

[7] art. 37 p) la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec: dispenser les soins infirmiers que requiert le traitement des malades;

Quatre années de négociations n'ont pas produit d'accord. Devant l'impossibilité de réconcilier les parties, l'Office des professions trancha les débats et remis au cours de l'été 1978 au ministre, les versions des deux projets de règlement (actes médicaux et actes infirmiers) où trois points restaient toujours en litige, soit:

1." La délégation d'actes médicaux aux infirmières auxiliaires par les médecins (art. 5.02), qui était contestée par les infirmières;

2. La limitation de l'autorisation d'actes aux seuls membres des corporations professionnelles. Dans son projet, l'O.I.I.Q. autorisait les auxiliaires, les puéricultrices et les gardes-bébés à poser des actes infirmiers. L'Office s'y est objecté, alléguant que seules les corporations professionnelles offraient les garanties suffisantes de protection du public grâce à l'inspection professionnelle. Par contre, le Ministère des Affaires Sociales, l'Association des Hôpitaux et l'Association des Centres d'Accueil rejetaient la restriction de l'Office pour des raisons de coûts;

3. Le droit prévu dans le projet de la Corporation des médecins, pour les établissements de santé de restreindre la délégation, avait été rejeté par l'Office. Les médecins, les hôpitaux et les centres d'accueil se sont objectés à la position de l'Office en disant qu'il fallait tenir compte des différents milieux."

A partir de ce moment, l'O.I.I.Q. s'organisa pour faire connaître au président de l'Office des professions, au ministre et au grand public sa position face aux règlements. L'Ordre a décidé de mener des enquêtes à travers la province sur les actes infirmiers et sur la formation des infirmières auxiliaires pour exécuter les actes délégués. Puis, la présidente de l'Ordre a entrepris de mobiliser ses troupes, par une tournée d'information à travers la province où elle expliquait les enjeux de la délégation et présentait les

positions de l'Ordre (Nursing Québec, 1, 1;1980) En février 1979, l'O.I.I.Q. invita ses membres à écrire au premier ministre du Québec pour démontrer leur solidarité et leur appui à leurs représentants; 23000 lettres ont ainsi été acheminées au premier ministre. Selon le quotidien "LE SOLEIL", l'O.I.I.Q. aurait dépensé au moins 150000$ pour informer le grand public par les voix des médias (Nursing Québec, 4, 3; 1979.).

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec voulait informer le public de son opposition au règlement de délégation d'actes médicaux en ce qui a trait :

1) à l'article 5.02 qui autorisait les infirmières auxiliaires à participer et contribuer aux mêmes actes médicaux qui leurs étaient délégués, parce que l'utilisation des termes participer et contribuer portait à inter prétation et que dans les faits elle autorisait les infirmières auxiliaires à poser ces actes;

2) aux techniques de soins autorisées par les médecins à d'autres catégories de professionnels tels que les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes et les technologistes médicaux;

3) à ce que les infirmières et infirmiers assument la surveillance des actes médicaux autorisés à d'autres personnes et;

4) à ce que les médecins s'approprient des activités du champ du nursing.

L'Ordre désirait également faire connaître sa position face au règlement des actes infirmiers, c'st-à-dire :

1) sa volonté de conserver le contrôle de l'exécution d'un acte infirmier délégué et de l'indication d'y procéder dans le cadre d'une planification des soins infirmiers;

2) sa volonté que le comité de révision des actes de l'O.I.I.Q. soit responsable de surveiller l'application du règlement.

Les médecins de leur côté ont pris position en faveur des infirmières auxiliaires dans le dossier des actes infirmiers.

Les médecins n'appréciaient pas les définitions de surveillance et de procédé de soins, du projet des infirmières, qui défendaient à une infirmière auxiliaire de travailler avec un médecin à moins qu'une infirmière assure le lien[8]; ils n'appréciaient guère plus leur campagne d'information contre le règlement de délégation d'actes médicaux aux infirmières auxiliaires au nom de la protection du public[9]. Par leur appui aux auxiliaires, les médecins signalaient aux infirmières qu'elles ne pourraient élargir leur champ d'exercice à l'ensemble du nursing, ni accroître leur autonomie sans résistance de leur part.

En termes économiques, les infirmières auxiliaires étaient utiles à la pratique privée des médecins, leurs services étant moins coûteux que ceux des infirmières; il était important qu'elles conservent leur statut de professionnel et une certaine autonomie de pratique pour que ces avanta-- ges soient maintenus.

---

8 "Le projet de règlement des infirmières à l'égard des infirmières auxiliaires, par ses définitions de surveillance et de procédé de soins, défend à une infirmière auxiliaire de travailler en collaboration avec un médecin à moins qu'une infirmière ne s'interpose entre les deux. ", Bulletin, vol. XIX, no. 4, 1er avril 1979, p.1.

9 Suite à la campagne d'information contre le règlement invoquant la protection du public lancée par les infirmières en janvier 1979: "Malheureusement les insinuations et les faussetés véhiculées m'ont obligé à dire qu'il s'agissait de publicité trompeuse qui induisait le public, les médecins et les infirmières en erreur et incitait inutilement la population à la panique." Bulletin, vol. XIX, no. 4, 1er avril 1979, p.1.

En 1980, les infirmières ont trouvé appui à leurs aspirations dans la publication du rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, le "Rapport Rodger" (1980). Ce rapport dénonce le trop grand nombre d'intervenants en nursing qui causerait une fragmentation des soins infirmiers et une duplication des tâches. En mars et avril 1980, une tournée conjointe de la C.P.M.Q. et l'O.I.I.Q. permet aux représentants de ces deux organismes de rencontrer les responsables de l'application des futurs règlements et d'éclaircir certains points obscurs.

Simultanément, la Corporation professionnelle des infirmières auxiliaires lança sa campagne "Les auxiliaires sont là" qui visait à sensibiliser le public au rôle qu'elles tenaient depuis plus de trente ans dans le secteur de la santé. Elles dénoncaient le projet de règlement des actes infirmiers, qui sous le couvert de la protection du public assujettissait, selon elles, la Corporation professionnelle des infirmières auxiliaires à l'Ordre des infirmières.

La situation des auxiliaires fit alors la manchette des journaux. Elles reçurent à nouveau l'appui de la Corporation professionnelle des médecins du Québe, dont le président, dénonça le remplacement des infirmières auxiliaires par des infirmières dans certains établissements et s'objecta à l'argument que les infirmières auxiliaires n'avaient pas la formation pour poser les actes délégués. La présidente de la C.P.I.I.A.Q. envoya des télégrammes au ministre responsable de l'application du Code des professions pour lui faire part de ses inquiétudes. Devant ce blocage, une Commission parlementaire sur le sujet a été convoquée en mars 1979.

Les règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers ont ensuite fait l'objet de décrets le 22 mai1980. Il a donc fallu en tout six ans pour en arriver à l'adoption des règlements de délégation dans le cas des

médecins et des infirmières. Dans son règlement, la Corporation professionnelle des médecins a délégué des actes aux infirmières, aux infirmières auxiliaires, aux technologistes médicaux, aux inhalothérapeutes et aux mécaniciens en orthopédie. Elle délégue en tout 41 actes médicaux aux infirmières, auxquels les infirmières auxiliaires peuvent "contribuer et participer" sous certaines conditions de surveillance. L'Ordre des Infirmi--ères et Infirmiers pour sa part, a procédé à la délégation de 16 actes en faveur des infirmières auxiliaires et des puéricultrices.

Ce bref historique de événements qui ont entouré l'adoption des règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers révèle la difficulté pour les parties en cause d'en arriver à un consensus sur un projet de règlement. Sans l'intervention du législateur, nous sommes en droit de nous demander s'il y avait possibilité réelle d'entente entre les parties dont les intérêts de chacun n'allaient pas tous dans la même direction.

Voyons maintenant comment on peut évaluer l'utilisation du mécanisme de délégation d'actes à partir des quatre indicateurs énumérés précédemment.

2.4.2 L'adoption des règlements de délégation d'actes

En 1973, la règlementation de délégation d'actes visait sept corporations professionnelles soit, les chimistes, les dentistes, les infirmières et infirmiers, les médecins, les optométristes, les pharmaciens et les podiatres. À ce jour, trois corporations n'y ont toujours pas donné suite. Il s'agit des chimistes, des optométristes et des podiatres.

La première corporation à se conformer à cette obligation fut celle des pharmaciens qui, en novembre 1975, autorisa les commis en

pharmacie à poser certains actes. Près de cinq ans plus tard, en mai 1980, les décrets sur la délégation d'actes médicaux et infirmiers et en 1982, d'actes dentaires ont été adoptés. Toutefois le décret sur la délégation des actes dentaires, fut contesté par l'Ordre des dentistes et par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec et déclaré inconstitutionnel le 12 septembre 1984, sous le motif qu'il avait été adopté en français seulement. C'est en mai 1985 que l'Ordre des dentistes a publié dans la Gazette Officielle du Québec son nouveau projet de règlement, lequel diffère du décret de 1982. Depuis, le nouveau règlement n'a toujours pas été adopté.

D'autres dossiers de délégation, soit ceux des orthoptistes et des techniciens en réadaptation physique, sont toujours en suspens. Dans le cas des techniciens en réadaptation physique, la Corporation professi-- onnelle des médecins a dû faire intervenir le protecteur du citoyen pour qu'il y ait une première publication du projet de règlement dans la Gazette Officielle , ce que l'Office des professions refusait de faire. Toutefois, on ignore toujours quand il sera approuvé.

Une autre modalité à laquelle devaient répondre les corporations délégantes consistait à mettre sur pied un comité de révision des actes. Ce comité devait répondre aux demandes d'explication et de modifications des règlements de délégation. Il semble que seul l'Ordre des Infirmières et Infirmiers se soit conformé à cet article. Leur comité a vu le jour en octobre 1981; toutefois, l'existence du comité n'apparaît plus dans les rapports annuels subséquents à 1982-83. Les revues professionnelles que nous avons consultées ne nous révèlent rien sur l'action de ce comité. Pour sa part, la Corporation professionnelle des médecins ne semble pas avoir eu un comité de révision.

En somme, treize années se sont écoulées depuis la décision du législateur d'obliger certaines corporations professionnelles à déléguer des

actes qui leur étaient présumément exclusifs et seulement trois corporations sur un total de sept, s'y sont conformées, sans toujours le faire dans l'esprit de la loi.

Eu égard à ce premier indicateur de l'atteinte des objectifs du législateur, on ne peut que constater que seulement trois règlements sur un total possible de sept sont en vigueur et que ceux qui ont été adoptés, l'ont été avec des délais considérables.

2.4.3 L'application des règlements de délégation d'actes

Au Québec, il n'y a eu aucune démarche systématique entreprise pour connaître le degré réel et l'uniformité d'application des règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers dans l'ensemble des établis-- sements de santé. Actuellement, nous ne disposons que d'estimés faits par nos informateurs-clés. Ceux-ci estiment que le règlement de délégation des actes infirmiers est le plus appliqué des deux règlements. Environ 75% des établissements ont un protocole de délégation d'actes infirmiers et l'appliquent, alors que la délégation des actes médicaux est, selon eux, appliquée dans moins de 50% des établissements. Quant à l'uniformité dans l'application des règlements, il ressort de nos rencontres que ce soit une impossiblité puisque les règlements, par leur forme et en raison des conditions à remplir, laissent place à diverses interprétations, comme on pourra le constater dans les pages suivantes.

L'adoption et l'application des règlements de délégation d'actes a obligé certains établissements à adopter des stratégies de contournement ou tout simplement de maintien du statu quo. Ces règlements ayant été conçus pour répondre à des situations vécues en milieu hospitalier ne peuvent s'appliquer dans tous les milieux. C'est particulièrement le cas des centres d'accueil qui ont beaucoup de difficultés à satisfaire aux exigences

du règlement de délégation des actes médicaux puisqu'ils n'ont généralement pas les structures administratives essentielles à son application, ni les effectifs spécialisés nécessaires sur certains quarts de travail (Association des Centres d'Accueil du Québec, 1983). L'absence de Conseil des médecins et dentistes les a amenés à rechercher d'autres solutions dont l'ordonnance individuelle, car dans les centres d'accueil et de réadaptation, les éducateurs et préposés jouent une partie du rôle des infirmières et des infirmières auxiliaires, en l'absence de ces dernières.

Ainsi, les règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers ne peuvent être appliqués dans tous les établissements du Québec. L'application des règlements est dépendante des structures administratives et des ressources humaines disponibles.

D'autre part, les règlements sont venus préciser les limites de la responsabilité légale de chacune des professions concernées. Mais ils ont également soulevé certains problèmes en raison principalement des difficultés d'interprétation.

Selon la Corporation professionnelle des médecins, le règlement de délégation des actes médicaux est venu clarifier toute l'ambiguïté juridique entourant la responsabilité légale des médecins, lorsqu'ils déléguent l'exécution d'un acte médical à une autre catégorie de personnes. Sur le plan pratique, il avait l'avantage de libérer le médecin de l'obligation de prescription pour chaque acte médical délégué. Malgré cela, les médecins dans les établissements n'étaient pas motivés à établir des protocoles de délégation d'actes médicaux. Ils n'en voyaient pas la nécessité, la tradition de délégation informelle étant bien établie. Nos informateurs nous ont rapporté que dans la majorité des établissements où il y a un protocole de délégation d'actes médicaux, ce dernier a été fait par la direction de soins infirmiers. Cette pratique a donné lieu à des protocoles

dont le contenu n'était pas toujours conforme aux normes, certains allant jusqu'à contenir des procédés de soins. Plusieurs problèmes associés à la façon d'appliquer le règlement de délégation d'actes médicaux et aux règlements eux-même sont soulevés par les membres de la corporation professionnelle des médecins soit:

1. Une utilisation du règlement dans le but d'étendre un champ d'exercice. Certains milieux ont interprété le règlement de délégation aux infirmières comme permettant aux infirmières de remplacer le médecin. Dans certains établissements, les protocoles contenaient une liste de symptômes auxquels étaient associés une liste de médicaments;

2. l'hétérogénéité dans l'application du règlement. Celle-ci varie selon les régions, le type d'établissement, la disponibilité des ressources humaines, la sensibilité du personnel aux poursuites éventuelles auxquelles il peut être exposé;

3. on reproche aux deux règlements de délégation de faire oublier la notion de champ d'exercice en donnant l'impression que les délégataires ne peuvent poser que les actes énumérés dans les règlements et de ne laisser place à aucun élément de jugement (comme le permettait la compétence acquise au fil des ans);

4. on souligne aussi la difficulté et le temps requis pour amener un changement au règlement lorsqu'il y a évolution d'un acte, puisqu'il est alors nécessaire pour le modifier d'y apporter un amendement qui doit suivre toute la procédure d'adoption.

L'Ordre des infirmières pour sa part, tenta lors de l'application des règlements de minimiser les effets pouvant lui être défavorables. Sa

première stratégie fut de passer d'une première interprétation stricte du règlement de délégation des actes médicaux, à une interprétation plus large basée sur la définition du champ de pratique des infirmières (Contandriopoulos, et al., 1984). Les infirmières pouvaient ainsi s'octroyer tous les actes que les conditions locales leur permettaient de poser, sans risquer de se voir accuser de pratiquer la médecine. Ce sont souvent des problèmes faisant suite à une non-observation des règlements de délégation qui ont incité l'Ordre des infirmières à insister sur leur application. Nos informateurs nous ont souligné le cas de l'acte A-1.23 (administration de la médication ocytocique) où suite à un tel problème, les infirmières ont réalisé qu'elles n'étaient pas protégées et demandé une modification du règlement. Cette expérience fit noter aux membres de l'Ordre des infirmières concernant l'application du règlement:

1. que les règlements n'ont pas de dents c'est-à-dire qu'il n'y aucun moyen de contraindre les professionnels et les établissements à les appliquer;

2. qu'il est très difficile d'y apporter une modification;

3. qu'il y a de l'officiel et de l'officieux dans l'application des règlements. L'important étant que le texte soit écrit de façon à mettre en évidence que c'est le médecin qui est responsable de l'acte et ce, même si ce n'est pas lui qui l'exécute.

D'autre part, pour diminuer l'impact négatif des règlements sur leur champ d'exercice, les infirmières ont essayé de réduire la portée du règlement des actes infirmiers par l'ajout de restrictions et de conditions non prévues, par le biais des procédés de soins. Cette utilisation des "conditions locales" permettaient aux infirmières de contrôler le maximum

d'actes infirmiers en en déléguant le moins possible aux infirmières auxiliaires, en invoquant leur manque de compétence ou de formation (L'infirmière auxiliaire, 56, 2;1983). L'Ordre a encouragé la réduction du champ d'exercice des infirmières auxiliaires en publiant une liste de 42 actes non-autorisés, en mai 1981 (annexe 3).

Ce faisant, l'Ordre s'attribuait l'exercice de ces 42 actes (désormais dits "actes de la zone grise") et venait ainsi réduire le champ d'exercice des infirmières auxiliaires. Pour l'Ordre des infirmières et infirmiers, les infirmières auxiliaires n'ont pas la formation pour poser les actes de la zone grise à l'exception de celles qui étaient autrefois formées (avant la formation en polyvalente) dans les centres hospitaliers en Abitibi et par les soeurs Chanoinesses de St- Augustin (surtout concentrées au Saguenay-Lac-St-Jean). Ces dernières ont eu une formation plus complète et possèdent des compétences professionnelles plus grandes, ce qui est venu compliquer l'application du règlement de délégation d'actes infirmiers. Toutefois, leur nombre diminue et on retrouve aujourd'hui dans les établissements des infirmières auxiliaires majoritairement formées en polyvalente, pour qui la question des droits acquis ne se pose pas. C'est de cette manière que la formation reçue par les infirmières auxiliaires influence les directions des soins infirmiers dans leur façon d'appliquer les règlements de délégation dans les établissements.

Pour la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires, une majorité de ces 42 actes font partie intégrante de leur champ de pratique reconnu par le Code des professions et 7 autres actes sont des actes médicaux auxquels elles peuvent participer et contribuer en vertu du règlement de délégation d'actes médicaux.

La présidente de la C.P.I.I.A.Q., lors d'une série de visites régionales à l'automne1981, constatait que les règlements n'étaient pas

appliqués dans tous les établissements et que lorsqu'ils l'étaient, les actes effectivement délégués différaient d'un établissement à l'autre et même d'un département à l'autre à l'intérieur d'un établissement. Dans les faits, ce n'est plus seize actes que les infirmières auxiliaires pouvaient poser en établissement, mais seulement quatre ou cinq actes dans certains cas. Selon nos informateurs, ce problème provient de l'interprétation du règlement par les établissements et les directions; une interprétation limitative ignorant les éléments de jugement ainsi que les compétences acquises par expérience en a amené plusieurs à réduire la délégation à quelques actes simples et routiniers.

Les enjeux économiques ne sont pas étrangers à la façon dont les règlements de délégation furent appliqués. Pour les médecins, les règlements représentaient un gain ou une perte potentielle de revenus, pour les infirmières et les infirmières auxiliaires, ils se traduisaient en terme d'accès à l'emploi alors que pour les établissements, ils correspondaient à une hausse ou une diminution de leurs coûts de fonctionnement.

Les médecins en tant qu'entrepreneurs rémunérés à l'acte, voyaient dans le règlement de délégation deux possibilités d'atteinte à leurs revenus. Une première résulte du règlement de la Régie de l'Assurance-Maladie qui stipule qu'un médecin ne peut être rémunéré que s'il pose l'acte lui-même ou y participe. La Corporation des médecins a inclus une forme de surveillance médicale pour chaque acte délégué, laissant ainsi au médecin la responsabilité directe de l'acte et la possibilité de le facturer. D'autre part , pour les médecins en cabinet privé, qui travaillaient avec des infirmières auxiliaires, il était important que la délégation d'actes médicaux s'applique aux infirmières auxiliaires, dont les services sont moins onéreux, sans l'intermédiaire d'une délégation de la part des infirmières, qui aurait forçé l'embauche d'infirmières.

Pour les infirmières comme pour les infirmières auxiliaires, l'accès à l'emploi constituait un important enjeu économique. En pleine période de restriction budgétaire dans les établissements, les infirmières craignaient d'être remplacées par un personnel moins coûteux (Nursing Québec, 4,4;1979). Or, le sort des infirmières auxiliaires travaillant dans les établissements est entre les mains des directions des soins infirmiers. Il est plausible que celles-ci aient été tentées de défendre les intérêts des infirmières au détriment des auxiliaires. Selon la Corporation professionnelle des infirmières auxiliaires, les infirmières ont profité de cette situation; il y a eu déclassement d'infirmières auxiliaires et fermeture de postes alors qu'en même temps, les infirmières développaient un groupe d'auxiliaires familiales comptant plus de 2000 membres (C.P.I.I.A.Q., 1986).

Dans les établissements, ce remplacement des infirmières auxiliaires par des infirmières peut être accompagné d'une spécialisation des préposés. En effet, certains établissements favorisent le suivi de cours de techniques spécialisées par les préposés. De cette façon, les préposés peuvent poser des actes normalement attribués aux infirmières auxiliaires. En travaillant avec une infirmière, ils forment alors une équipe soignante moins coûteuse.

En juin 1984, la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec a fait parvenir à l'Office des professions et à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec un mémoire de trois pages exposant les problèmes vécus par les infirmières auxiliaires en rapport avec l'application du règlement de délégation des actes infirmiers. En décembre de la même année, devant le retard de l'Office et de l'Ordre à réagir, la C.P.I.I.A.Q. déposa à la Cour Supérieure du district de Montréal, une requête en jugement déclaratoire qui demandait au juge de déclarer illégal le processus d'approbation qui constituait selon ses avocats une sous-délégation d'un pouvoir réglementaire. Le 21 mars 1985, le juge André

Savoie accueillit plutôt la requête en irrecevabilité que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec avait déposée en réaction à la démarche de la C.P.I.I.A.Q.. Le 18 avril 1985, la C.P.I.I.A.Q. inscrivit un appel qui est demeuré sans réponse à ce jour. Plus récemment, la C.P.I.I.A.Q. a exigé dans un mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la Santé et les Services Sociaux connexes, l'abolition des décrets 1423-80 et 1422-80 de délégation des actes infirmiers et médicaux (C.P.I.I.A.Q.,1986).

La requête pour jugement déclaratoire et la recommandation faite à la Commission Rochon par les infirmières auxiliaires témoignent de façon éloquente d'un détournement des objectifs initiaux du mécanisme de délegation des actes. En réalité, il s'est avéré un instrument d'expansion des champs d'exercice exclusif des corporations délégantes, soit en leur permettant d'officialiser un champ ou de s'en créer un (en déléguant des actes frontières qui ne sont pas clairement identifiés par la loi comme faisant partie de leur propre champ) par une interprétation des règlements répondant à leurs aspirations. Cette situation est source de tensions importantes principalement pour les infirmières auxiliaires chez qui le règlement a eu sans aucun doute l'impact le plus important. La lutte de frontières que doivent mener les infirmières auxiliaires est bien illustrée par toute la question des actes de la zone grise qui les oppose aux infirmières.

Parmi les effets non-attendus de l'application du règlement des actes infirmiers, signalons qu'en région éloignée, un grand nombre d'infirmières auxiliaires ont décidé de se recycler pour devenir infirmières en titre ce qui a causé une pénurie d'infirmières auxiliaires et obligé les établissements à faire appel à des agences privées. Selon l'un de nos informateurs, ce mouvement a occasionné des problèmes budgétaires aux établissements, problèmes qui ne seront certes pas réglés par le retour des auxiliaires, une fois leur formation complétée, puisqu'elles conserveront leur ancienneté et commanderont des salaires plus élevés.

En résumé, nous pouvons conclure que l'application des règlements de délégation des actes est très hétérogène d'un milieu à l'autre. Cette hétérogénéité est principalement dépendante des structures administratives des établissements, des ressources humaines disponibles, de la liberté d'appliquer ou non les règlements mais surtout de l'interprétation faite des règlements par les établissements et les directions.

2.4.4 Impact sur la collaboration interprofessionnelle

Comme nous l'avons déjà mentionné, les médecins ne voyaient pas la nécessité d'une telle règlementation compte tenu des us et coutumes établis. Pour les infirmières, les protocoles offraient certaines garanties qu'elles n'avaient pas auparavant et auxquelles elles tenaient. Les membres de l'Ordre des infirmières que nous avons rencontrés, nous ont affirmé que si les directrices de soins infirmiers n'avaient pas fait les protocoles de délégation des actes médicaux, ce règlement n'aurait jamais été appliqué.

L'Ordre des infirmières voyait dans la délégation d'actes l'occasion de se faire reconnaître le "champ du nursing", d'accéder au titre de profession autonome et de confirmer ainsi une certaine hierarchie entre elles et les infirmières auxiliaires. Ces objectifs ont été à l'origine des tensions avec les médecins et surtout avec les infirmières auxiliaires.

Pour l'Ordre, l'article 5.02 du règlement de délégation des actes médicaux[10] risquait d'être interprété en pratique comme autorisant les auxiliaires et d'autres classes de personnes à poser tous les actes autorisés aux infirmières par les médecins, selon les mêmes conditions prescrites

[10] Art. 5.02: Les infirmiers(ères) auxiliaires peuvent, sous réserve de la section II, contribuer et participer aux actes énumérés à l'annexe A sous la surveillance à distance d'un médecin.

(Nursing Québec, 4, no spécial;1979), sans pour autant augmenter le niveau de connaissances de ces personnes (Nursing Québec, 4, 6;1979), ni prendre en considération les empiètements sur le champ d'exercice des infirmières. Cet article procurait une certaine autonomie aux auxiliaires face aux infirmières et réduisait ainsi les différences entre les deux niveaux de pratique infirmière, ce à quoi l'Ordre s'opposait.

Pour ce qui est des tensions entre l'Ordre des infirmières et la Corporation des infirmières auxiliaires, elles sont beaucoup plus impor-- tantes et tournent autour de deux questions: les diminutions de postes d'infirmières auxiliaires à temps complet et la liste d'actes, "dits de la zone grise", identifiés par l'Ordre comme ne pouvant pas être posés par les infirmières auxiliaires. Dans les établissements, ces tensions prennent la forme de refus des infirmières auxiliaires d'exécuter certaines tâches qu'elles jugent de niveau de préposé aux bénéficiaires. Dans certains cas, elles préfèrent être jumelées à une autre auxiliaire plutôt qu'avec une infirmière dans leur travail.

D'autre part, selon l'Ordre des infirmières, la délégation d'actes n'a eu aucun impact direct sur le nombre de postes d'infirmières auxiliaires. Les baisses observées originent des plans de redressement, de la baisse des naissances, du niveau des soins infirmiers à donner qui augmente depuis plusieurs années, de l'évolution des technologies et du peu de roulement de ce type d'effectifs. Selon nos informateurs, les transformations de postes d'infirmières auxiliaires en postes d'infirmières sont dues à une perte d'utilité des infirmières auxiliaires qui résulterait, d'une part, de leurs refus fréquents de donner des soins de bases et, de l'autre, de la disparition, suite à des innovations technologiques, d'actes qu'elles avaient l'habitude de poser [11]. Les infirmières auxiliaires représenteraient donc, pour les

[11] Exemples:

1) Les pansements: il y a quelques années, il existait une technique de pose des pansements après les opérations et les infirmières auxiliaires la connaissaient

directions de soins infirmiers une catégorie de personnel leur rendant de moins en moins service, tout en coûtant plus cher que les préposés. L'Ordre des infirmières considère que les changements survenus après l'adoption des règlements de délégation d'actes auraient eu lieu de toute façon; les plans de redressements des établissements y conduisaient à plus ou moins longue échéance.

Comme on peut le voir l'adoption et l'application des règlements de délégation des actes n'ont pas contribué à améliorer les rapports entre les professionnels impliqués; au contraire, ils semblent avoir été une source de conflits importants principalement entre les infirmières et les infirmières auxiliaires.

2.4.5 Satisfaction des groupes visés par le règlement

Les médecins et infirmières que nous avons rencontrés considèrent que le règlement de délégation des actes médicaux n'a presque rien changé à leur pratique et à la division des tâches dans les hôpitaux. Selon eux, il y a beaucoup d'actes posés comme avant 1980 soit, des actes avec "désignation express" ou avec "ordonnance individuelle". Ceci résulte d'une interprétation large du règlement faite par les infirmières et encouragée par les médecins et les établissements. Certains établissements ne pouvaient appliquer de façon intégrale les règlements pour des raisons de structure organisationnelle (absence de Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) ou de ressources humaines disponibles; ils se

---

et posaient ces actes. Les techniques à ce niveau ont changé suite à des innovations et maintenant, ces pansements sont remplacés par des bandages plastifiés autocollants.

2) La surveillance des solutés: autrefois les infirmières auxiliaires surveillaient le débit des solutés, aujourd'hui ce sont des appareils qui effectuent cette tâche automatiquement et les infirmières ne font qu'en superviser le fonctionnement.

sont ajustés en faisant une interprétation libérale du règlement pour répondre aux besoins de la clientèle.

Il ressort de nos entrevues ainsi que de l'analyse de la littérature professionnelle que les règlements de délégation des actes ne corres-- pondaient pas à la réalité du milieu. La délégation par liste d'actes est beaucoup trop contraignante, elle ne tient pas compte des particularités des établissements et des spécificités des différents types de pratique. D'ailleurs, les représentants de la Corporation professionnelle des médecins ont précisé qu'ils auraient préféré un guide de délégation qui s'en serait tenu à proposer un encadrement général plutôt que de faire une délégation par liste d'actes. Selon eux:

> "C'est beaucoup plus facile pour quelqu'un en place d'apprécier la formation et la capacité du personnel para-médical avec qui il travaille quotidiennement que pour une institution comme la nôtre (C.P.M.Q.) où l'on dit qu'on va déléguer tel acte avec une surveillance immédiate, à distance ou sur place. "

De son côté, l'Ordre des infirmières et infirmiers aurait préféré que les règlements de délégation d'actes soient définis non pas à partir des champs d'exercice professionnels mais plutôt des services rendus aux bénéficiaires.

Les infirmières auxiliaires pour leur part sont très insatisfaites du règlement de délégation des actes infirmiers. Pour elles, le règlement a eu beaucoup de conséquences négatives:

1) il a contribué à la disparition de postes d'infirmières auxiliaires dans beaucoup de centres hospitaliers, brimant ainsi leur libre choix d'emploi;

2) il a conduit à une déqualification des infirmières auxiliaires qu'on retrouve maintenant dans les buanderies, les cuisines et les terrains de stationnement;

3) il a contribué à réduire le contenu de leur programme de formation, pour finalement ne correspondre qu'aux seize actes délégués par les infirmières;

4) il a conduit à l'usurpation par les établissements et les directions de soins infirmiers des pouvoirs du comité d'inspection professionnelle de la Corporation professionnelle des infirmières auxiliaires. Certains établissements iraient jusqu'à évaluer les connaissances des infirmières auxiliaires par des examens, alors que les direction des soins infirmiers s'arrogent ce pouvoir en vertu de leur droit de contrôle et d'évaluation des soins infirmiers. Les infirmières auxiliaires se sont vu retirer le privilège d'être "évaluées" par leurs pairs comme tous les autres membres de corporations professions reconnues (C.P.I.I.A.Q., 1986).

Cette situation tiendrait à l'incapacité des infirmières auxiliaires d'intervenir directement dans leur milieu et de contrôler leur formation et l'exercice de leur profession. Elles forment un des rares groupes professionnels à toujours être en marge des décisions qui les concernent. On ne leur attribue pas une compétence à priori. D'ailleurs, les personnes que nous avons interrogées ont toutes souligné que les infirmières occupent partout les postes-clés qui leur permettent de contrôler l'avenir, la formation, le départ et la sélection des infirmières auxiliaires.

Pour la corporation des infirmières auxiliaires il faudrait: (1) une dérèglementation des actes délégués en faveur d'un partage des tâches

plus flexible pour mieux répondre aux besoins du milieu et; (2) une redéfinition des champs de pratique ainsi que du rôle de l'auxiliaire dans l'équipe de soins.

En résumé, nous pouvons constater que les groupes visés par les règlements de délégation ne sont pas très satisfaits des résultats obtenus. Les corporations délégantes, ayant plus de pouvoir, considèrent de façon générale que les règlements n'ont rien changé à ce qui se faisait dans la pratique alors que la corporation des infirmières auxiliaires, qui est seulement délégataire et sans véritable pouvoir, dit subir les contrecoups d'une guerre de frontières déclenchée par l'adoption des règlements de délégation.

2.4.6 Conclusion

L'application des règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers n'a pas permis la réalisation des objectifs du législateur; au contraire, elle semble plutôt avoir donné lieu à un juridisme de plus en plus contraignant, l'opposé de la "souplesse" recherchée au départ. Les délégants avaient peu à gagner de leur délégation; ils avaient plutôt beaucoup à perdre en termes de pouvoir, de prestige ainsi qu'en termes économiques alors que les délégataires n'avaient rien à perdre à priori. Des intérêts aussi différents entre les deux groupes n'ont pu que rendre difficile l'application du règlement telle qu'imaginée par le législateur.

Près de sept ans après l'adoption des décrets, l'enjeu professionnel central est l'existence même de la profession des infirmières auxiliaires. Le rôle dans la production des soins et le champ d'activité professionnel des infirmières auxiliaires n'ont cessé de rétrécir. Concrètement depuis 1980, les infirmières auxiliaires occupent une part décroissante de l'emploi à temps complet au profit des infirmières dans les

établissements (Sobeco, 1984). La redéfinition des champs de compétence, par le biais de la réglementation des actes délégués, a eu pour effet de restreindre, plutôt que d'étendre, le champ d'exercice des auxiliaires; ce phénomène, ajouté aux compressions budgétaires qui faisaient apparaître les services des auxiliaires comme plus onéreux du fait de leur polyvalence limitée et de la nécessité de superviser leurs activités, a conduit à un réaménagement des tâches et des responsabilités de l'équipe soignante. Les infirmières se sont appropriées certaines tâches plus complexes plutôt que de les confier aux infirmières auxiliaires, invoquant leur manque de formation; ces dernières n'ont eu d'autre choix, dans plusieurs cas, qu'occuper des postes pour lesquels leurs connaissances professionnelles sont inutiles, comme réceptionniste, préposé à la buanderie ou aux cuisines, pour ne pas se retrouver sans travail ou de se recycler et devenir infirmière.

L'application du décret a conduit, selon les infirmières auxiliaires à une sous-exploitation de leur connaissances, à leur déqualification et, plus généralement, à une dévalorisation de la profession (L'Infirmière auxiliaire, 57, 4;1985). Nous sommes ici très loin de l'objectif du législateur d'accroître l'efficacité des diverses catégories de professionnels.

La démarche que nous avons entreprise ici nous a permis d'identifier certains éléments qui ont contribué à ce que les objectifs du législateur ne soient pas atteints:

le fait de confier aux groupes visés la responsabilité de faire eux-mêmes la délégation des actes. Ceux-ci avaient des intérêts beaucoup trop divergents pour en assurer la réussite.

. le fait d'avoir choisi le mécanisme réglementaire pour procéder à la délégation, ce qui a ouvert la porte à diverses interprétations. Cela a

aussi rendu laborieuse toute tentative d'apporter des modifications ultérieures;

. le fait que la loi ne prévoit aucun moyen de contraindre les établissements à appliquer les règlements;

.l'impossibilité pour certains établissements de les appliquer en raison d'un manque de ressources humaines et des structures administratives nécessaires à leur application.

Ensemble, ces facteurs ont contribué non seulement à empêcher l'atteinte des objectifs pourvuivis, mais aussi à produire des effets contraires à ceux qui étaient recherchés.

3. Synthèse et propositions

La réglementation professionnelle adoptée en 1973 a créé un régime professionnel dont le législateur attendait qu'il assure la protection du public dans ses relations avec les membres des 38 professions auxquelles la nouvelle loi s'appliquait. Bien qu'elle s'appliquât à 16 occupations qui ne sont pas des domaines de la santé et des services sociaux, cette réglementation a été, à l'origine, conçue pour favoriser la mise en place des nouvelles struc-tures socio-sanitaires recommandées par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être (1970). Elle visait particulièrement à ce que la division du travail ne devienne trop rigide et compartimentée et n'empêche le travail en équipe que la Commission voyait comme le prérequis essentiel à une prise en charge globale des problèmes socio-sanitaires.

Le Code des professions est la loi qui institue le nouveau cadre juridique qui régit l'exercice des professions socio-sanitaires. Le texte adopté en juillet 1973 est le résultat des compromis que les parlementaires et les professions ont négociés dans les mois qui ont suivi la parution du rapport

Les professions et la société.

Les objectifs formulés par la Commission ont été retenus par le législateur, mais les modalités de leur atteinte ne l'ont pas toutes été.

Dans ce rapport, nous nous sommes demandé dans quelle mesure les objectifs de la réglementation de 1973 ont été atteints. Ces objectifs étaient de mieux protéger le public dans ses rapports avec les producteurs de services professionnels, d'uniformiser le système professionnel, de freiner l'expansion du corporatisme, de favoriser la collaboration interprofessionnelle.

La réponse à cette question ne peut qu'être exprimée en termes nuancés, ne serait-ce que du fait qu'on ne sait pas très bien ce qu'on doit entendre par les notions de "protection du public" ou de "collaboration interprofessionnelle" qui expriment les objectifs poursuivis. Toutefois, les informations que nous avons receuillies montrent qu'il y a suffisamment d'indices qui montrent que ces objectifs n'ont pas été atteints pour qu'on s'interroge sérieusemment sur l'opportunité de maintenir la réglementation professionnelle dans sa forme actuelle.

Dans cette conclusion, nous résumons brièvement nos constatations et nous formulons un ensemble de propositions quant à des changements à apporter au Code des professions. Ces propositions sont soumises à la réflexion, comme autant de moyens d'accroître les chances d'atteindre les objectifs mis de l'avant au moment de la réforme du système professionnel, objectifs qui nous semblent encore pertinents aujourd'hui et, en conséquence, devoir être maintenus. Nous postulons que les objectifs de protection du public et de faciliter la collaboration entre les professions de la santé seront réaffirmés et que le régime professionnel en place peut constituer l'outil d'atteinte de ces objectifs. La protection du public passe par

la mesure de la compétence des producteurs de services de santé, tant à leur entrée sur le marché que subséquement, et par la surveillance de leur exercice. Ces deux tâches sont présentement dévolues aux corporations et ce qu'il faut assurer c'est qu'elles sont accomplies sérieusement. C'est le rôle de l'Office des professions que de s'en assurer et l'Office dispose déjà de tous les pouvoirs nécessaires à cet effet (Lajoie et al., 1981: 1008-1009). Quant à la collaboration interprofessionnelle, elle passe selon nous par une remise en cause du principe selon lequel la loi peut fixer, une fois pour toutes, les limites du champ de compétence d'une profession donnée. Nous proposons qu'un mécanisme plus souple, qui permet des ajustements périodiques, soit mis en place pour déterminer les actes dont l'exécution doit être réservée à certaines catégories de professionnels; ce mécanisme remplacerait les définitions de "champ d'exercice exclusif" qui sont à l'origine de tensions, de conflits même, entre plusieurs professions et qui font obstacle à l'adaptation de la division du travail sanitaire aux nouvelles exigences du développement scientifique et aux attentes de la population (particulièrement en ce qui concerne l'accès aux nouvelles formes de thérapie).

3.1 La protection du public

3.1.1 L'inspection professionnelle

Parmi les principaux mécanismes de protection du public institués par le Code des professions, nous avons surtout étudié celui de la surveillance de l'exercice professionnel par l'inspection des activités des membres des corporations. Cette fonction d'inspection est obligatoire et toutes les corporations l'exercent au moins nominalement. Nous avons éliminé d'emblée, en raisons des contraintes de temps et de ressources, la possibilité d'étudier l'efficacité de l'inspection professionnelle en termes d'amélioration de la qualité de l'exercice et de protection du public, sans compter qu'il eût fallu au préalable trouver une définition acceptable et

opérationnelle de ce qu'est la "qualité de l'exercice professionnel". Nous avons plutôt opté pour un examen du type et du volume d'activité des corporations, en postulant que ces indicateurs permettaient de formuler une première appréciation des efforts faits pour atteindre l'objectif de protection du public.

La première constatation est qu'il y a des différences importantes d'une corporation à l'autre en matière d'inspection professionnelle. Les corporations pourraient être classées sur un continuum où on trouverait à une extrémité des corporations pour qui l'inspection professionnelle est l'activité principale, celle à laquelle elles consacrent le plus de ressources, et à l'autre extrémité, des corporations qui n'ont à peu près pas d'activités à ce niveau. Les corporations qui ont des activités réduites invoquent le plus souvent le manque de personnel et de ressources financières pour expliquer leur peu d'activité; possiblement, l'absence de critères reconnus pour évaluer l'exercice de leurs membres, n'encourage pas non plus à investir dans l'inspection. Par ailleurs, les corporations qui investissent peu dans l'inspection, parviennent à trouver des moyens importants pour faire de la publicité sociétale pour encourager le public à recourir aux services de leurs membres ou pour engager des frais juridiques impressionnants pour mieux établir leur position dans la division du travail.

L'observation qu'une corporation est très active dans la surveillance de ses membres ne suffit pas pour conclure que le public est mieux protégé; il faudrait savoir comment cette surveillance s'exerce, quels sont les critères qui permettent de juger de la qualité d'exercice du professionnel, comment on s'assure que ces critères sont respectés, etc. Par contre, on peut dire que lorsque le volume d'activité est minimal, que très peu de membres font l'objet d'une surveillance par leur corporation, il est impossible de conclure que le public est mieux protégé, dans la mesure où on

assume que le mécanisme de l'inspection est susceptible de produire ce résultat.

Globalement on observe qu'une minorité seulement de corporations consacrent une partie importante de leurs ressources à l'inspection de leurs membres. Seules la Corporation des médecins, l'Ordre des infirmières ont un service d'inspection avec des inspecteurs dont c'est la seule fonction (L'Ordre des pharmaciens n'a pas de service comme tel mais a des inspecteurs qui sont des permanents de la corporation). L'absence de service spécialisé en inspection dans les autres corporations, réduit certainement les possibilités de développer une expertise en la matière. L'absence d'inspecteurs dont c'est la seule fonction, oblige les corporations à recourir aux services de membres de la profession qui éventuellement peuvent eux-mêmes être l'objet d'une inspection et peuvent être appelés à juger les activités de collègues avec qui ils ont des rapports professionnels. Les risques de conflit d'intérêt s'en trouvent accrus.

Les corporations sont tenues d'instituer un comité d'inspection professionnelle sans que la loi ne précise autrement ce qui est attendu de ce comité, si ce n'est de dire qu'il "surveille l'exercice de la profession par les membres et (qu') il procède notamment à la vérification de leurs dossiers, livres et registres relatifs à cet exercice" (Code des professions, art.112) et qu'il doit faire rapport de ses activités annuellement. Chaque corporation définit, par règlement la procédure de l'inspection, ce qui habituellement signifie préciser la composition du comité et les règles de son fonctionnement et définir les modalités générales d'enquête, comme les délais de l'avis d'une visite d'inspection, les droits du professionnel qui fait l'objet de l'inspection, etc. Rien dans la loi ne précise à quelle fréquence les membres doivent faire l'objet d'une inspection ni quels critères de qualité d'exercice ils doivent satisfaire. En réalité, les corporations sont laissées à elles-mêmes avec le

résultat que l'activité d'inspection est perçue et exercée de façon très différente d'une profession à l'autre.

Qu'une corporation ne soit pas très active en surveillance des activités de ses membres n'a pas la même portée pour toutes les corporations. Dans le cas de celles dont les membres travaillent sous la surveillance d'autres professionnels dans des établissements, avec une marge d'autonomie réduite, il n'est pas évident que l'inspection ajoute beaucoup à la protection du public: ce serait le cas surtout des techniciens qui travaillent sous la supervision directe d'un médecin ou d'un dentiste. Par contre, lorsque les professionnels en cause travaillent de façon autonome, même s'ils exercent en établissement et sont déja soumis à des contrôles par leurs pairs ou par l'établissement lui-même, l'impact de l'absence d'inspection peut être beaucoup plus grand. À fortiori, s'il s'agit de professionnels en exercice privé, qui travaillent seuls ou en petit groupes, le fait de ne pas faire de surveillance active est plus lourd de conséquences.

C'est la surveillance des personnes les plus à risque qui est la plus onéreuse, soit celle des praticiens autonomes qui exercent individuellement. Proportionnellement les dépenses de temps et d'argent sont beaucoup plus élevées pour surveiller des individus que pour surveiller des groupes de professionnels exerçant en établissement.

Deux questions peuvent être posées: (1) Y-a-t-il lieu de rendre plus explicites les obligations des corporations en matière de surveillance de leurs membres? (2) Les mêmes règles doivent-elles s'appliquer à toutes les corporations indépendamment du degré d'autonomie de leurs membres?

À la première question, nous répondons oui: tout en laissant aux corporations de définir elles-mêmes les paramètres d'un exercice de qualité, la loi pourrait exiger qu'elles fassent connaître à leurs membres les critères

généraux à partir desquels leur pratique est susceptible d'être évaluée; la loi pourrait aussi définir la proportion des membres qui devraient faire l'objet d'une évaluation par période d'une année; elle pourrait aussi exiger des corporations qu'elles établissent un ordre de priorités parmi leurs différentes catégories de membres pour fins d'inspection, les plus à risque étant visités en priorité et possiblement à une fréquence plus élevée. Enfin, la forme des rapports annuels devrait être définie de façon à permettre de porter un jugement sur la façon dont la corporation s'est acquittée de ses obligations.

La deuxième question est plus délicate. Elle comporte deux volets: est-ce que les mêmes règles devraient s'appliquer comme c'est actuellement le cas, à l'ensemble des professions, quelque soit leur domaine d'intervention? Est-ce que les mêmes règles devraient s'appliquer à toutes les professions de la santé présentement regroupées en corporation?

En créant un régime professionnel général plutôt que spécifique aux occupations socio-sanitaires, le législateur s'obligeait à formuler des règles d'application universelle, en laissant aux corporations le soin de les adapter à leurs propres circonstances. Il faut s'interroger sur l'à-propos d'une telle démarche qui nie jusqu'à un certain point la spécificité des besoins de protection des consommateurs de services socio-sanitaires.

D'autre part, il n'est pas évident que le public a les mêmes besoins de protection dans ses rapports avec tous les professionnels de la santé. Ils sont proportionnels au degré de contrôle dont fait déjà l'objet le professionnel ainsi qu'à la gravité des conséquences de ses erreurs pour le client. Des professionnels comme les technologistes médicaux, les techniciens en radiologie ou les techniciens dentaires travaillent sur ordonnance et voient leur travail vérifié par un médecin ou un dentiste. Dans ce type de situation, on peut se demander en quoi la surveillance exercée par une corporation professionnelle ajoute à la protection du public, d'autant

plus que ces professionnels ont comme clients, non pas le consommateur de soins mais les médecins et dentistes qui leur commandent des services. D'autres professionnels, comme les infirmières auxiliaires ou les hygiénistes dentaires ont un champ d'exercice limité à des actes importants certes, mais comportant des dangers minimes même lorsque posés sans supervision. Dans ces cas également, on peut se demander en quoi la surveillance par une corporation est justifiée; le degré d'autonomie dont jouissent ces professionnels est limité et ne s'exerce que dans un champ d'intervention restreint, qui n'inclut pas d'actes possiblement dangereux. Pourquoi alors appliquer les mêmes règles de surveillance qu'au médecin ou au dentiste qui travaille le plus souvent de façon entièrement autonome et dont les actes portent beaucoup plus à conséquence? Les contrôles de la compétence à l'embauche par l'évaluation de la formation reçue et la surveillance de la qualité de l'exercice par les professionnels qui prescrivent ne suffisent-ils pas à assurer au consommateur la protection requise? Ces remarques valent dans la mesure où les responsabilités de ces catégories de professionnels et la nature de leurs rapports avec les professionnels qui les supervisent restent inchangées.

3.1.2 La représentation du public

La participation de représentants du "public" à la gestion des corporations a été aussi envisagée comme un mécanisme de protection des consommateurs de services professionnels. L'impact de cette représentation, qui peut aller jusqu'à quatre personnes lorsque le Bureau de la corporation compte 24 membres ou plus, est très difficile à évaluer. Les administrateurs nommés n'ont pas de mandat spécifique et ne rendent pas compte de leur activité. De plus, le fait qu'ils puissent eux-mêmes être membre d'une autre corporation et qu'ils soient nommés après consultation avec le Conseil interprofessionnel, qui est formé des présidents, ou de leur représentant, des quarante corporations, laisse des doutes sur leur représentativité. Les

administrateurs nommés sont aussi choisis après consultation de "divers groupes socio-économiques" (Code des professions, art. 78).

Cette représentation gagnerait en crédibilité et potentiellement en efficacité si elle était plus nombreuse, si elle était assurée par des personnes qui ne sont pas membres d'une corporation professionnelle et qui sont mandatées par une organisation de consommateurs à laquelle elles feraient rapport annuellement (dans le respect des règles de confidentialité appropriées). Il n'y a pas de raison particulière pour consulter, en vue de la nomination de représentants du public sur les Bureaux des corporations, des groupes qui ne représentent pas spécifiquement les intérêts des consom-- mateurs. Il y a amplement d'associations et d'organismes représentant des usagers des services socio-sanitaires au Québec pour combler les postes d'administrateurs nommés. La représentation du public sera autre chose qu'un symbole lorsque qu'elle sera suffisante en nombre et qu'elle aura un caractère véritablement représentatif de ceux qui utilisent les services des professionnels de la santé et des services sociaux. Logiquement, il faudrait également étendre cette représentation à l'Office des professions.

3.1.3 Le rôle de l'Office des Professions

L'Office des Professions a pour rôle général de veiller à ce que chaque corporation assure la protection du public. Ses fonctions et devoirs sont précisés à l'article 12 du Code des professions. L'Office peut exercer son rôle de différentes façons; il peut s'en tenir à la lettre de la loi et surveiller les corporations à distance ou prendre l'initiative de créer les conditions les plus favorables à l'exercice par les corporations de leur fonction de protection du public. La première attitude a surtout dominé à ce jour.

La seconde consisterait à interpréter le mandat de l'Office comme étant de veiller activement à ce que chaque corporation assure la protection

du public. Parmi les actions envisageables, on peut penser à des activités d'information qui sensibiliseraient le public au rôle des corporations qui reste largement mal connu (l'information en provenance de l'Office serait plus crédible si la composition de l'Office, présentement faite de membres de corporations seulement, était modifiée pour assurer une représentation majoritaire du public); aussi à des activités de recherche et de formation en matière de surveillance de l'exercice professionnel. L'Office pourrait définir les paramètres de ce qu'est "protéger le public" pour une corporation: cela permettrait à ces dernières de mieux comprendre ce qui est attendu d'elles et de mieux informer leurs membres, qui sont encore nombreux à s'interroger sur le rôle d'une corporation professionnelle. Cela donnerait aussi à l'Office un ensemble de critères pour évaluer dans quelle mesure les corporations remplissent leur mandat. L'Office des professions pourrait également aider les corporations à définir des méthodes d'évaluation de la pratique de leurs membres en créant une banque d'information sur l'évaluation de la qualité.

Cette façon plus active d'assumer son rôle d'organisme de surveillance, serait beaucoup plus facile à adopter si l'Office ou un organisme du même type avait des responsabilités limitées au secteur de la santé et des services sociaux, plutôt que d'avoir à diluer ses activités dans des domaines aussi diversifiés que la santé, le droit, la comptabilité et le génie pour ne nommer que les principaux.

3.2 La collaboration entre les professions

Cette dimension du fonctionnement des services socio-sanitaires est probablement la plus fondamentale: la qualité, l'efficacité et le coût des services dépendent pour une bonne part de la façon dont les producteurs de services se partagent les tâches et interagissent. Dans la situation actuelle, le partage des responsabilités reste un objet de litige entre plusieurs groupes

comme les débats sur la délégation des actes l'ont bien montré; la compétition qu'entraînent les disputes territoriales desservent le consom-- mateur et ont probablement un impact sur les coûts des services. La tendance dominante chez les professions qui ont des privilèges d'exercice exclusif, comme les médecins, les infirmières et les dentistes est de déléguer le moins possible alors même qu'il y a du personnel moins coûteux pour exécuter des tâches qui n'exigent pas un degré d'expertise élevé. Plusieurs facteurs inci-tent les professions à adopter ce genre d'attitudes, dont les lois qui consacrent le principe du contrôle exclusif d'un champ d'activité ainsi que des facteurs économiques, dont la discussion n'entre pas dans le cadre de ce rapport, comme les modes de rémunération à l'acte ou la décroissance du marché de l'emploi.

La reconnaissance de la notion de champ d'exercice exclusif engendre des situations qui ne sont pas toujours favorables à la collaboration entre professions. Les définitions des champs d'exercice sont forcément générales et se prêtent donc facilement à des interprétations divergentes. Elles sont aussi souvent formulées d'une façon qui incite les professions à en élargir le sens, ce qui ne manque pas de soulever les objections des autres groupes qui se sentent ainsi victimes d'empiètements ou menacées dans leur développement.

La Loi Médicale définit l'exercice de la médecine dans les termes suivants:

> "Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain. L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic; le traitement de maladies ou d'affections.

> Le médecin peut, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant la bonne santé." (art. 31-32).

En principe, seul un médecin peut exercer les activités décrites ci-haut. Toute autre personne qui exerce de telles activités se trouve dans l'illégalité à moins d'y être explicitement autorisée par une autre loi. Légalement, la corporation des médecins peut "requérir que toute personne qui n'est pas membre de la corporation s'abstienne de poser un acte qui est compris dans le champ exclusif, quelle que soit, par ailleurs, l'habileté ou l'expérience de cette personne à le poser", (Lajoie et al., 1981: 425).

Par ailleurs, la Loi sur les infirmières et les infirmiers définit l'exercice infirmier dans les termes suivants:

> "Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et de contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale.
> L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur des problèmes d'ordre sanitaire" (art.36.37)

Le Code des professions ajoute à la difficulté de définir les limites des territoires professionnels en proposant une définition, formulée en termes "évocateurs", des activités permises aux membres des corporations à titre réservé. Ainsi, l'article 37 du Code stipule que les membres de la Corporation

des infirmiers et infirmières auxiliaires peuvent "dispenser les soins infirmiers que requiert le traitement des malades".

Lorsqu'on lit ensemble les définitions de l'exercice médical, infirmier et infirmier auxiliaire, on a de la difficulté à cerner les domaines de responsabilité de chacun des groupes à qui le législateur a reconnu ces droits d'exercice: l'incertitude qui en résulte ouvre toute grande la porte à la négociation des frontières qui sépareront ces domaines.

Dans d'autres cas, comme celui du secteur de la vision, les champs d'exercice sont plus clairement définis mais on observe des chevau--chements évidents. Trois groupes occupationnels sont impliqués ici: les médecins-ophtalmologistes, les optométristes et opticiens d'ordonnances.

Les premiers sont autorisés à faire le diagnostic et le traitemement des pathologies oculaires par chimiothérapie ou par chirurgie (soins oculaires) ainsi que le diagnostic et correction des prolèmes de vision (soins visuels) par appareils correcteurs ou autres moyens, mais ne sont autorisés à vendre que des lentilles cornéennes (Loi Médicale, art.39).

La Loi sur l'optométrie (art.16) stipule que "constitue l'exercice de l'optométrie tout acte autre que l'usage de médicaments qui a pour objet la vision et qui se rapporte à l'examen des yeux, l'analyse de leur fonction et l'évaluation des problèmes visuels, ainsi que l'orthoptique, la prescription, la pose, l'ajustement, la vente et le remplacement des lentilles ophtalmiques" ainsi que " donner des conseils permettant de prévenir des troubles visuels et promouvoir les moyens favorisant une bonne vision" (art.17). Enfin, la Loi des opticiens d'ordonnances (art.8) précise que "constitue l'exercice de la profession d'opticien d'ordonnances tout acte qui a pour objet de poser, d'ajuster, de remplacer ou de vendre une lentille ophtalmique" sur ordonnance d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste.

Ainsi les optométristes et les ophtalmologistes ont également dans leur champ d'exercice dit exclusif le droit de diagnostiquer et corriger les problèmes de vision. Les optométristes et les opticiens ont également dans leur champ d'exercice dit exclusif le droit de poser, d'ajuster, de remplacer ou de vendre une lentille ophtalmique, les premiers de leur propre initiative, les seconds sur ordonnance.

Ces chevauchements engendrent des tensions vives qui se sont manifestées depuis 15 ans par des luttes politiques et juridiques entre les corporations concernées. La plus récente a pris la forme d'une demande de jugement déclaratoire de la part de l'Ordre des optométristes qui souhaitait empêcher que le programme de formation des opticiens, qui se donne au CEGEP Edouard Montpetit, n'inclue des éléments de connaissance qui risquaient de rendre les futurs opticiens capables de poser des actes que les optométristes estiment relever du champ d'exercice que la loi leur reconnaît.

L'inclusion d'actes identiques dans deux champs d'exercice différents, ne peut qu'engendrer une vive compétition entre les deux professions concernées. Cette compétition n'est pas mauvaise en elle-même, sauf qu'elle est très inégale si un groupe dépend de l'autre pour exercer son activité, comme c'est le cas des opticiens qui travaillent sur prescription. Ces derniers ont besoin de prescriptions pour avoir des clients: ils les obtiennent des clients d'ophtalmolgistes ou d'optométristes complaisants à qui ils garantissent un revenu donné pour renoncer à vendre des prothèses. Les optométristes ont besoin du commerce de la lunette pour rester en exercice et n'ont aucun intérêt à alimenter les opticiens en clients. C'est pourquoi on ne retrouve que très peu d'opticiens dans les régions où il n'y a pas d'ophtalmologistes.

Pour résoudre le conflit qui les opposent aux optométristes, les opticiens réclament l'exclusivité de la vente en invoquant le conflit d'intérêt

dans lequel se trouvent les prescripteurs qui vendent aussi des lunettes, ce à quoi les optométristes s'objectent en invoquant la notion de globalité de l'acte professionnel qui doit, selon eux, inclure le diagnostic, la prescription, la pose et l'ajustement des appareils correcteurs. Ce dernier argument a du sens seulement dans un contexte où les prothèses en question ne sont pas des objets de consommation très sensibles aux effets de mode et ne représentent pas un marché très lucratif, ce qui n'est pas du tout le cas ici.

La notion même de champ d'exercice exclusif donne naissance à un régime professionnel qui encourage le développement d'un sens aigu de la territorialité. Cette tendance des occupations à vouloir s'approprier une part du marché est quasi universelle et elle ne disparaîtra pas du jour au lendemain; par contre, il y lieu de se demander s'il faut l'encourager comme le Code des professions le fait et comme nos traditions juridiques l'ont établi. Gaumer (1984) a montré que la recherche sur les effets dela réglementation des professions de la santé indique qu'il ne faut pas attendre des restrictions de l'exercice qu'elles ne produisent que des effets favorables aux clients; les bénéfices attendus sont une plus grande compétence des praticiens et une élimination du charlatanisme, bénéfices dont on n'a jamais vraiment pu mesurer l'existence. Par ailleurs, des coûts sont associés à la création de monopoles ou d'oligopoles; l'accès aux services est réduit et les coûts des services sont gonflés artificiellement, sans compter les tensions interpro-- fessionnelles que nous avons évoquées plus haut. Ces considérations nous amènent à proposer un assouplissement des règles qui restreignent l'exercice de certains actes professionnels dans le domaine de la santé.

3.2.1 Remise en question la notion de champ d'exercice exclusif

A mesure que la médecine s'est affirmée comme discipline scientifique et a pu faire état de ses succès, ses praticiens et les associations qui les représentaient ont réussi à obtenir, dans la plupart des pays

occidentaux, que la dispensation des soins soit réservée aux docteurs en médecine. Les médecins ont obtenu que la loi exclue et réprime strictement toute forme de traitement extérieure à l'exercice de la médecine scientifique moderne par d'autres qu'eux-mêmes, si ce n'est sous leur supervision. Les professions sanitaires, telles la chirurgie dentaire, la pharmacie, l'optométrie, n'ont pu se développer à l'origine que dans la mesure où elles reconnaissaient leur subordination à l'endroit de la profession médicale (Dussault, 1978). Ces professions et d'autres par la suite, ont cherché à obtenir à leur tour un contrôle aussi exclusif que possible sur leur champ d'exercice, ce qu'elles ont progressivement réussi à faire. Au Québec, ce processus de monopolisation de territoires professionnels a commencé au milieu du 19e siècle et a conduit à la situation actuelle où 11 professions sanitaires ont un monopole légal (dans les faits un quasi-monopole) de l'exercice de certaines activités.

L'existence de monopoles professionnels a contribué à créer une organisation du travail qui ne réagit que lentement aux changements qui surviennent dans le secteur de la santé et dans la société en général. Par exemple, les connaissances et les techniques médicales deviennent toujours plus nombreuses et plus complexes, mais les définitions des champs d'exercice restent les mêmes. Formulées en termes généraux et souvent vagues, elles deviennent alors l'objet de conflits d'interprétation constants. Les négociations de frontières et l'importance des conflits qui en résultent sont proportionnelles à l'incertitude et l'ambiguité qui entourent les définitions des champs.

La restriction, par la loi, de l'exercice de la médecine sous ses diverses formes à un ou des corps professionnels donnés, n'a pas partout la forme qu'elle a au Québec, soit celle de l'octroi de monopoles d'exercice. C'est aussi le cas en France, aux États-Unis et ailleurs au Canada, mais pas en Angleterre, en Allemagne Fédérale ni en Suède (Stepan, 1985), qui ont

des systèmes de réglementation plus "tolérants". Rien n'indique qu'une réglementation plus souple entraîne nécessairement des dangers pour le public, si on en croit l'expérience de pays comparables au Québec. On peut même plutôt penser que la notion de champ d'exercice exclusif ne fait plus beaucoup de sens à une époque où les connaissances médicales se développent dans un contexte de multidisciplinarité; aujourd'hui, plusieurs occupations ont constitué leur propre corps de connaissances qu'elles ont validées selon les mêmes normes qui sont à la base de la médecine scientifique. Ces occupations, comme la physiothérapie, l'ergothérapie, l'audiologie, la diététique, la psychologie disposent d'un savoir et d'un arsenal thérapeutique distincts et sont pourtant subordonnées à la profession médicale à qui la loi reconnaît le monopole du diagnostic et du traitement des maladies. La formation des membres de ces occupations se fait au niveau universitaire et est centrée sur le diagnostic de pathologies spécifiques et sur l'élaboration de stratégies de traitement; pourtant, leur droit de poser un diagnostic et de prescrire des traitements n'est pas reconnu légalement.

Dans la mesure où la formation médicale ne prépare pas et ne peut préparer le médecin à être compétent dans l'ensemble des champs de la médecine, il apparaît anachronique de maintenir, en sa faveur, le privilège exclusif de diagnostiquer les maladies et de prescrire les traitements appropriés. Ce privilège était acceptable et justifié aussi longtemps que le médecin était le seul expert en soins. L'explosion des spécialités qui se sont développées en dehors des structures de la profession médicale a transformé la distribution des services sanitaires. Il existe maintenant à coté de la médecine scientifique, plusieurs occupations qui peuvent légitimement prétendre à un degré d'expertise supérieur à celui des médecins dans l'exercice d'activités spécialisées. Bien qu'au fil des années, les lois professionnelles aient rendu le monopole de la profession médicale moins absolu, elles ne reflètent pas encore la réalité actuelle qui en est une de

diversité d'expertises, en termes de compétence à diagnostiquer et traiter des maladies et affections.

S'il est fondé de prétendre que le principe de l'octroi de l'exclusivité du diagnostic et du traitement des maladies à la profession médicale n'est plus aussi justifié qu'au moment de son adoption, il est tout aussi fondé de remettre en question l'octroi d'un champ d'exercice exclusif à quelque profession que ce soit. Alors que les connaissances et les techniques thérapeutiques se développent à un rythme toujours plus rapide, comment justifier qu'une occupation est et restera la seule dont les membres pourront exercer avec compétence et sans danger pour le public les activités incluses dans le champ qui lui est réservé? La notion de champ d'exercice exclusif est un reliquat de l'époque où les experts en santé étaient peu nombreux, où le charlatanisme était répandu, où les champs d'expertise étaient clairement démarqués et évoluaient de façon relativement indépendante. Cet état de choses est révolu, mais les lois professionnelles n'ont pas été revues pour tenir compte de la nouvelle situation, qui en est une de multiplicité d'expertises et de travail multidisciplinaire et de vigilance des consommateurs. En effet, le contexte actuel est plus favorable à une libéralisation de la réglementation professionnelle parce que les consom-- mateurs sont mieux informés qu'autrefois et plus capables de juger de leurs besoins et des meilleures façons de les satisfaire.

Si on renonce à la notion de champ d'exercice exclusif, par quoi peut-on la remplacer? La solution la plus radicale serait de ne rien lui substituer, d'opter pour la déréglementation totale: c'est la solution des économistes libéraux, qui considèrent que le jeu libre du marché permet à la fois de maintenir la qualité des services professionnels et d'éliminer les effets négatifs de l'existence de monopoles ou d'oligopoles. Selon les tenants de ce point de vue, les consommateurs sont parfaitement capables de choisir

leurs services professionnels et de discriminer les incompétents parmi les professionnels. Cette solution ne serait pas nécessairement un encoura-- gement au charlatanisme qui, de toutes façons, n'a jamais disparu malgré les lois restrictives en vigueur. Au contraire, la dérèglementation permettrait de donner accès aux consommateurs à des services présentement considérés comme illégaux en vertu des lois professionnelles existantes; le libre choix du consommateur en matière de soins et services de santé serait alors assuré, de la même façon qu'il l'est dans les autres domaines de la consommation.

Cette solution présuppose que les règles de fonctionnement du marché libre fonctionnent dans le domaine de la santé, ce qui est loin d'être évident (Contandriopoulos, 1985). La consommation de services de santé ne se fait pas toujours par choix et ne résulte pas toujours d'une décision réfléchie et planifiée. De plus, beaucoup de services n'ont pas de substituts et leurs producteurs se trouvent de facto en situation de monopole indépendamment des privilèges légaux dont ils peuvent jouir. Par exemple, on ne choisit pas de se faire opérer une tumeur au cerveau comme on choisit un vêtement ou une automobile; et lorsque la décision est prise, on n'a pas le choix entre plusieurs types d'experts qui offrent ce service. Comment prétendre alors que les lois du marché vont favoriser le consommateur alors que tous les atouts sont du coté du producteur?

Par ailleurs, la solution de la dérèglementation totale est tout à fait politiquement inacceptable. Les professionnels s'y opposeraient avec vigueur, ce qui est prévisible; bien qu'ils aient souvent critiqué les contraintes que leur imposent les lois et réglements professionnels, de façon générale, ils ne sont pas prêts à renoncer aux avantages qui les accompagnent. Les consommateurs aussi s'y opposeraient parce que l'absence de toute règle leur enlèverait la possibilité d'être informés, au moins de façon minimale, sur les compétences des personnes qui offrent des services de santé; ils y perdraient aussi une protection que leur assure le fait que les professionnels

de la santé doivent être imputables de leurs actes et respecter des règles d'éthiques spécifiques dans l'exercice de leur profession. On peut questionner l'efficacité de ces mécanismes dans les faits, mais il n'en n'est pas moins sûr que leur élimination n'ajouterait rien à la protection du consommateur. En général, les associations de consommateurs sont favorables à un assouplissement des règles en vigueur, mais aucun appui n'a été manifesté à l'option de la dérèglementation totale.

3.2.2 Les actes réservés

Une option potentiellement plus acceptable qui pourrait être explorée, serait de remplacer la notion de champ exclusif par la notion plus limitative d'**actes autorisés ou réservés.** Il s'agirait non plus de réserver un champ d'exercice relativement indéfini à un seul groupe professionnel, mais de réserver l'exercice de certaines catégories d'actes à une ou plusieurs catégories de praticiens: un acte serait réservé si son exécution comporte des risques pour la santé, si ses conséquences ne sont pas facilement réversibles, s'il exige une expertise démontrée, et s'il est généralement posé de façon sans supervision. Des exemples d'actes qui seraient probablement réservés et exigeraient une autorisation préalable seraient: opérer sur des tissus vivants, prescrire des médicaments ou drogues légalement considérées comme dangereuses, faire des radiographies, injecter des substances actives, pratiquer certaines thérapies potentiellement dangereuses (manipulations, psychothérapies), etc.

Il reviendrait aux groupes professionnels de démontrer qu'ils ont la compétence requise pour poser les actes en question. L'exclusivité d'exercice resterait possible, dans les cas où un seul groupe de professionnels aurait la compétence requise, mais elle ne vaudrait que pour des actes spécifiques et ne serait pas permanente. Un même acte réservé

pourrait être exercé par plus d'un groupe dans la mesure où plusieurs autorisations auraient été accordées.

L'autorisation de poser des actes réservés serait assortie d'un mécanisme de contrôle de l'exercice (structure actuelle modifiée) et des titres. Cette surveillance pourrait être exercée par les corporations professionnelles qui règlementeraient l'exercice des actes réservés et seraient autorisées à imposer des règles générales d'exercice, comme elles le font actuellement par le biais des règlements de déontologie.

La situation actuelle pourrait servir de base de départ pour définir les actes à réserver, les personnes autorisées à les exercer et les conditions à satisfaire pour l'être. Les professions qui ont déjà des privilèges d'exercice exclusif seraient tenues d'identifier les catégories d'actes que posent leurs membres et qui devraient faire l'objet d'une autorisation en raison des dangers pour le client de ne pas les réserver. L'Office des Professions du Québec pourrait se voir confier la tâche de mettre sur pied un comité ou conseil des actes réservés, composé de personnes indépendantes (3-5 qui pourraient s'adjoindre des experts-consultants), dont la crédibilité est clairement établie, dont le mandat serait d'identifier les actes professionnels dont l'exercice serait réservé, de définir les conditions d'autorisation à les pratiquer et de délivrer les autorisations. Ce comité ou conseil devrait travailler ouvertement et être doté de pouvoirs de proposition, d'examen et d'enquête. Ses audiences devraient être publiques; de même, ses décisions qui devraient toujours être justifiées. Enfin, il devrait, comme ce devrait être le cas pour l'Office des professions, être comptable de ses activités directement à l'Assemblée Nationale, pour le soustraire aux pressions qui peuvent s'exercer sur lui s'il dépend d'un ministère. Ses décisions pourraient pourraient faire l'objet d'un appel selon les règles en vigueur.

L'Office des professions conserverait son mandat de surveillance des corporations qui, elles, seraient des organismes de protection du public regroupant des personnes autorisées à pratiquer des actes réservés et à utiliser un titre réflétant ce statut. Leurs responsabilités seraient semblables à celles qu'elles ont présentement, mais plus axées sur la surveillance de la qualité de l'exercice des actes réservés et de l'application des règles d'éthique pour l'ensemble de la pratique de leurs membres. Pour le domaine non-réservé, les membres d'une corporation auraient, comme maintenant, le devoir de ne pas outrepasser les limites de leur compétence, selon le code de déontologie auxquel ils sont tenus d'adhérer en devenant membre de la corporation.

Quant aux corporations existantes dont les membres ne posent pas des actes qui tomberaient dans la catégorie des actes réservés, elles n'auraient plus leur raison d'être comme corporations et seraient invitées à se transformer en associations professionnelles volontaires. Celles qui désirent maintenir des normes d'exercice élevées n'auraient qu'à exiger de leurs membres qu'ils acceptent de se soumettre à des règles de conduite spécifiques; elles pourraient ensuite invoquer ces normes pour convaincre les consommateurs de faire appel de préférence aux services de leurs membres.

Dans le cas où des groupes non-incorporés se verraient reconnaître le droit de poser des actes réservés, ils pourraient être constitués en corporation seulement s'ils répondent à des critères qui assurent que la protection du public sera garantie (essentiellement la capacité d'exercer la surveillance de leurs membres). Autrement, ils seraient placés sous la juridiction directe de l'Office des professions qui aurait la responsabilité d'enregistrer les praticiens de la santé qui n'appartiendraient pas à une corporation, d'organiser la surveillance de l'exercice et la discipline. L'enregistrement serait obligatoire pour toute personne qui offre des services de santé et comporterait l'obligation pour elle de faire état de ses

qualifications, de définir les services qu'elle offre et de s'engager à respecter un code d'éthique, dont la règle centrale serait de ne pas exercer en dehors des limites de sa compétence. Ce mécanisme permettrait en particulier de donner un statut aux praticiens non-reconnus qui exercent présentement dans l'illégalité.

Enfin, le mécanisme actuel de délégation serait alors inutile puisque l'autorisation d'exercer ne serait pas accordée par une corporation mais par une agence publique.

Conclusion:

Les objectifs de favoriser la protection du public et la collaboration entre les divers professionnels de la santé qui ont été assignés à la réglementation professionnelle en vigueur depuis 1973, nous apparaissent encore tout à fait valables en 1987. Les modalités de leur atteinte doivent cependant être revues à la lumière de l'expérience des 13 dernières années et des caractéristiques de la société québecoise d'aujourd'hui.

L'analyse limitée que nous avons pu en faire nous indique que les mécanismes mis en place en 1973 n'ont pas toujours produits les effets attendus; c'est certainement le cas de la procédure de délégation d'actes et, au moins partiellement, des mécanismes de surveillance de l'exercice professionnel et de participation du public à la gestion des corporations professionnelles. Nous avons proposé des changements qui vont dans le sens d'une adaptation du système en place plutôt que d'une remise en question radicale. Ces propositions suggèrent une plus grande repré--sentation du public au sein des bureaux des corporations professionnelles, une plus grande transparence au niveau des activités de surveillance de l'exercice des membres des corporations, un rôle plus actif de l'Office des professions et une remise en cause de la notion d'exercice exclusif. Il nous

apparaît que ces propositions sont cohérentes avec des tendances sociales importantes qu'on peut observer dans l'évolution récente de la société québecoise; les consommateurs de services de santé sont mieux organisés qu'il y a 15 ans et souhaitent participer aux décisions qui les concernent; de façon générale, la population attend des agences publiques plus de transpa-- rence et des ceux qui exercent des pouvoirs délégués qu'ils soient imputables de leurs actions; le marché des soins change rapidement et des substituts aux services des médecins sont apparus, de sorte que l'idée que ces derniers prennent en charge la totalité de la distribution des soins n'a plus la justification qu'elle a peut-être déjà eu .

Le système professionnel qui a pris forme au Québec au milieu du 19e siècle s'est d'abord développé dans un contexte où la population était peu éduquée et ne disposait pas de moyens d'information importants; où l'État jouait un rôle limité dans la gestion des affaires de la collectivité; où les services de santé étaient peu développés et le plus souvent produits par des professionnels indépendants qui appartenaient à 4 ou 5 occupations bien démarquées. Ses caractéristiques fondamentales sont restées inchangées jusqu'à l'adoption du Code des professions de 1973 qui en a maintenu des éléments importants: il a entre autres choses consacré le principe de la délégation des pouvoirs de surveillance et de discipline aux corporations et a reconnu leur autonomie. Le Code a de plus confirmé l'octroi de champs d'exercice exclusif à plusieurs professions. La démarche d'adaptation du régime professionnel entreprise au début des années 1970 a permis des changements substantiels; elle a consacré la fonction de protection du public des corporations professionnelles; elle a uniformisé leurs structures et leur fonctionnement; elle a endigué la multiplication des privilèges occupa-- tionnels. Ce sont là des acquis qu'il faut préserver; il reste à poursuivre la démarche d'adaptation et à mettre en place les modalités d'une véritable protection des consommateurs de services de santé et d'éliminer les obstacles à une plus grande coopération entre les professionnels de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

Association des Centres d'Accueil du Québec, Résultats d'une enquête relative à l'application des décrets sur la délégation des actes médicaux et infirmiers, Janvier 1983.

Chauvenet, A., Médecines au choix, médecine de classe. Paris, P.U.F., 1978.

Chauvenet, A., "La machine bureaucratique: effets de l'industrialisation de la médecine sur les rapports sociaux de production de soins" in Bozzini, L. et al., Médecine et société: les années 80. Montréal, éd. St-Martin, 1981, pp.

Contandriopoulos, A.P. et al.,: Vers une meilleure organisation du travail dans le domaine des services médicaux: de la rationalisation administrative à la rationalité professionnelle, GRIS, Université de Montréal ,1984.

Contandriopoulos, A.P., Fournier, M.-A., Les effectifs médicaux au Québec, Montréal, Corporation des médecins du Québec, 1986.

Contandriopoulos, A.P., "Économie du système de santé", in Dumont, F., Dufresne, J., Martin, Y., éd., Traité d'anthropologie médicale, Presses de l'Université du Québec, 1985, pp. 443-479.

Dussault, G. et Potvin, L., L'État et la division du travail sanitaire, Québec, Université Laval, 1983, 152 p.

Dussault, G., "L'évolution du professionalisme au Québec", Relations Industrielles, vol.33, 3; (1978): 428-469.

Dussault, G., "Les idéologies des professions libérales au Québec", in Dumont, F. et al., Les idéologies au Canada Français, 1940-1976, Québec, Presses de l'Université Laval, 1981, pp. 47-73.

Freidson, E., Professional Powers: a Study of the Institutionalization of Formal Knowledge, Chicago, The Chicago University Press, 1986, 241 p.

Freidson, E., Professional Dominance, New York, Atherton Press, 1970, 242p.

Freidson, E., "The division of labour as social interaction", Social Problems, vol.23, 3; (1976): 304-313.

Freidson, E. "Occupational autonomy and labor market shelters", in Stewart, P.L., Cantor, M.G., Varieties of Work, Beverly Hills, Sage Publications, 1982, pp.13-53.

Gaumer, G.L., "Regulating health professionals: a review of the empirical evidence", Milbank Memorial Fund Quaterly, vol.62, 3, (1984): 380-416.

Gross, S.J., Of Foxes and Hen Houses: Licensing and the Health Professions, London, Quorum Books,1985, 204 p.

Gyarmati, G.K., "La doctrine des professions: fondement d'un pouvoir", Revue Internationale des sciences sociales, vol. 27, 4;1975): 673-699.

Harnecker, M., Les concepts élémentaires du matérialisme historique. Bruxelles, Ed. contradictions, 1974.

Harvey, J. Les professions du corps dans les sociétés industrielles avancées: le cas du Québec. Thèse de doctorat de 3e cycle en sociologie, Université de Paris VII, 1984.

Hugues, E., Men and their Work, The Free Press, Glencoe (Ill.), 1958.

Illich, I., Némésis médicale, Paris, Seuil, 1975, 222 p.

I. Kickbush et al., "A Reorientation of Health Care?" in Self-Help and Health in Europe, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1983.

Larson, M.S., The Rise of Professionalism, Berkeley, University of California Press, 1977, 309 p.

Leblanc, G.A. et Lemelin, A., La règlementation des honoraires professionnels et la protection du public, Québec, Office des professions du Québec, 1984.

Navarro, V. Medecine Under Capitalism. New York, Neale Watson, 1976.

Navarro, V. Crisis, Health and Medecine: A Social Critique. New York, Tavistock, 1985.

Nieuwenhuysen, J. et Williams- Wynn, M., Professions and the Market Place, Melbourne, University of Melbourne Press,1982, Gaumer, 1984, 92 p.

Parkin, F., Marxism: a Bourgeois Critique, London, Tavistock, 1979

Québec (Prov.), Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Les professions et la société, 1970.

Québec (Prov.), Office des professions, L'évolution du professionalisme au Québec,1976, 145 p.

Québec (Prov.), Groupe de travail sur la revision des fonctions et des organisations gouvernementales, Rapport ,1986, 44p.

Rodger, G. (prés.),Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, 1980.

Sheppard, C.A., L'organisation et la règlementation des professions de la santé et du bien-être au Québec, Québec, annexe 12 du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970.

Rueschemeyer, D., Power and the Division of Labour, Cambridge, Polity Press,1986, 260p.

Sobeco: Rapport de recherche concernant les infirmières(iers) auxiliaires du Réseau des Affaires Sociales, 1984,

J. Stepan, "Médecine traditionnelle et médecines parallèles : étude de législation comparée", Revue Internationale de Législation Sociale, 1985,36: 302-365

Strauss, A., "Work and the division of labor", The Sociological Quaterly, vol.26, 1; (1985): 1-19.

Turner, B.S., "Knowledge, skill and occupational strategy: the profes--sionalisation of paramedical groups", Community Health Services, vol.IX, 1: (1985): 38-47.

Willis, E., Medical Dominance, Sydney, Allen and Unwin, 1983, 235 p.

ANNEXE 1

Tableaux

TABLEAU 1

POURCENTAGE DES MEMBRES INSPECTÉS POUR LES CORPORATIONS DE PETITE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

PETITES CORPORATIONS (moins de 500 membres)	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	MOY
exercice exclusif									
audioprothésistes									
nombre d'inspections (membres)	23	35	44	18	13	12	11	8	
proportion des membres de la corpo.	23.0%	37.2%	45.8%	20.2%	14.4%	13.2%	11.5%	7.8%	21.7%
opticiens d'ordonnances									
nombre d'inspections (membres) *2	149	ND	ND	ND	ND	ND	33	4	
proportion des membres de la corpo.	37.6%	ND	ND	ND	ND	ND	7.0%	0.8%	ND
podiatres									
nombre d'inspections (membres) *1	27	32	27	16	16	26	15	0	
proportion des membres de la corpo.	21.3%	26.2%	22.3%	13.7%	13.7%	24.5%	12.8%	0.0%	16.8%
titre réservé									
orthophonistes et audiologistes									
nombre d'inspections (membres) *2	0	11	14	22	18	10	12	64	
proportion des membres de la corpo.	0.0%	3.5%	4.4%	6.0%	4.6%	2.4%	2.7%	13.6%	4.6%
techniciens dentaires									
nombre d'inspections (membres)	29	52	0	0	0	0	0	0	
proportion des membres de la corpo.	13.4%	23.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.6%

*1: nous postulons qu'un état de vérification = 1 membre inspecté
*2: quelques-unes des données sont fournies par la corporation professionnelle

TABLEAU 1.1

POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES ALLOUÉES A L'INSPECTION PROFESSIONNELLE PAR LES CORPORATIONS DE PETITE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	en % des dépenses								
PETITES CORPORATIONS (moins de 500 membres)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY.**
exercice exclusif									
audioprothésistes	9.20	7.11	10.08	2.75	2.50	3.07	4.20	3.55	5.3
opticiens d'ordonnances	4.21	1.43	0.38	0.96	0.00	0.34	0.48	0.00	1.0
podiatres	2.75	4.58	5.74	3.49	2.76	2.42	9.13	2.65	4.2
titre réservé									
orthophonistes et audiologistes	4.18	2.14	1.56	1.64	2.66	2.76	1.63	3.11	2.5
techniciens dentaires	14.47	34.87	3.27	2.15	0.00	0.00	0.00	0.00	6.8

TABLEAU 1.2

DÉPENSES D'INSPECTION PROFESSIONNELLE PAR MEMBRE DE LA CORPORATION EN $, POUR LES CORPORATIONS DE PETITE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	dépenses par membre en dollars								
PETITES CORPORATIONS (moins de 500 membres)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY**
exercice exclusif									
audioprothésistes	47.92	42.30	77.78	22.81	18.06	24.01	37.88	28.23	37.37
opticiens d'ordonnances	17.97	8.53	1.88	8.54	0.00	2.02	2.72	0.01	5.21
podiatres	19.42	30.08	40.61	29.60	19.80	18.87	58.86	17.39	29.33
titre réservé									
orthophonistes et audiologistes	8.02	4.14	3.76	3.70	5.48	5.82	3.66	11.19	5.72
techniciens dentaires	17.82	46.12	6.35	4.25	0.00	0.00	0.00	0.00	9.32

TABLEAU 1.3

PART DES DÉPENSES D'INPECTION PROFESSIONNELLE SUBVENTIONNÉE PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS POUR LES CORPORATIONS DE PETITE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	proportion subventions/dépenses								
PETITES CORPORATIONS (moins de 500 membres)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY**
exercice exclusif									
audioprothésistes									
dépenses d'inspection	4792	3976	7467	2030	1625	2185	3636	2879	
subventions	3040	4100	5472	931	2480	2822	3563	0	
% subventions/dépenses	63.44%	103.12%	73.28%	45.86%	152.62%	129.15%	97.99%	0.00%	83.2%
opticiens d'ordonnances									
dépenses d'inspection	7115	3376	812	3827	0	949	1276	7	
subventions	8400	0	0	0	0	0	0	0	
% subventions/dépenses	118.06%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	14.8%
podiatres									
dépenses d'inspection	2466	3670	4914	3463	2317	2000	6887	2000	
subventions	3000	3600	2246	830	3521	2974	5186	0	
% subventions/dépenses	121.65%	98.09%	45.71%	23.97%	151.96%	148.70%	75.30%	0.00%	83.2%
titre réservé									
orthophonistes et audiologistes									
dépenses d'inspection	1934	1318	1188	1352	2142	2420	1629	5282	
subventions	2500	0	0	0	0	0	0	6323	
% subventions/dépenses	129.27%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	119.71%	31.1%
techniciens dentaires									
dépenses d'inspection	3868	10193	1377	849	0	0	0	0	
subventions	4560	5900	0	0	0	0	0	0	
% subventions/dépenses	117.89%	57.88%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	22.0%

TABLEAU 2

POURCENTAGE DES MEMBRES INSPECTÉS POUR LES CORPORATIONS DE MOYENNE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

MOYENNES CORPORATIONS (500 ≤ nbre de membres < 1000)	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	MOY
exercice exclusif									
chiropraticiens									
nombre d'inspections (membres)	162	ND	18	28	ND	ND	ND	ND	
proportion des membres de la corpo.	33.8%	ND	3.4%	5.1%	ND	ND	ND	ND	ND
denturologistes									
nombre d'inspections (membres)	84	98	128	191	154	42	15	48	
proportion des membres de la corpo.	13.4%	14.7%	18.0%	24.5%	19.1%	5.1%	1.8%	5.6%	12.8%
optométristes									
nombre d'inspections (membres) *1	45	38	35	37	31	51	35	52	
proportion des membres de la corpo.	6.3%	5.2%	4.6%	4.6%	3.8%	6.1%	4.0%	5.9%	5.1%
titre réservé									
ergothérapeutes									
nombre d'inspections (membres)	45	70	71	59	20	26	27	11	
proportion des membres de la corpo.	11.6%	14.7%	14.5%	10.8%	3.5%	4.3%	3.9%	1.4%	8.1%

*1: nous postulons qu'un état de vérification = 1 cabinet inspecté

TABLEAU 2.1

POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES ALLOUÉES A L'INSPECTION PROFESSIONNELLE PAR LES CORPORATIONS DE TAILLE MOYENNE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	en % des dépenses								
MOYENNES CORPORATIONS (500 ≤ nbre de membres < 1000)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY.**
exercice exclusif									
chiropraticiens	5.18	ND	ND	ND	ND	ND	ND	9.12	ND
denturologistes	2.24	2.71	2.96	4.98	3.24	1.76	0.58	1.11	2.4
optométristes	3.60	2.92	4.63	4.74	6.25	6.10	7.04	5.25	5.1
titre réservé									
ergothérapeutes	6.85	6.96	ND	13.38	13.74	14.65	15.40	12.93	ND

TABLEAU 2.2

DÉPENSES D'INSPECTION PROFESSIONNELLE PAR MEMBRE DE LA CORPORATION EN $, POUR LES CORPORATIONS DE TAILLE MOYENNE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	dépenses par membre en dollars								
MOYENNES CORPORATIONS (500 ≤ nbre de membres < 1000)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY**
exercice exclusif									
chiropraticiens	19.82	ND	ND	ND	ND	ND	ND	86.28	ND
denturologistes	10.79	14.91	16.84	24.87	21.69	9.67	3.48	6.73	13.62
optométristes	15.03	14.49	22.16	27.64	30.68	32.76	34.17	29.66	25.82
titre réservé									
ergothérapeutes	15.71	18.92	ND	42.40	43.09	50.58	49.39	46.05	ND

TABLEAU 2.3

PART DES DÉPENSES D'INPECTION PROFESSIONNELLE SUBVENTIONNÉE PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS POUR LES CORPORATIONS DE TAILLE MOYENNE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	proportion subventions/dépenses								
MOYENNES CORPORATIONS (500 ≤ nbre de membres < 1000)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY**
exercice exclusif									
chiropraticiens									
dépenses d'inspection	9496	ND	ND	ND	ND	ND	ND	57723	
subventions	11900	14000	8026	3760	0	0	0	2094	
% subventions/dépenses	125.32%	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%	3.63%	ND
denturologistes									
dépenses d'inspection	6790	9932	12006	19374	17484	8025	2938	5718	
subventions	0	0	5394	4700	4728	0	0	0	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	44.93%	24.26%	27.04%	0.00%	0.00%	0.00%	12.0%
optométristes									
dépenses d'inspection	10669	10632	16930	21998	24976	27450	29591	26337	
subventions	0	0	0		0	0	0	0	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.0%
titre réservé									
ergothérapeutes									
dépenses d'inspection	6094	9005	ND	23151	24818	30854	34224	35230	
subventions	12000	9000	7543	8984	6400	11000	14000	12843	
% subventions/dépenses	196.91%	99.94%	ND	38.81%	25.79%	35.65%	40.91%	36.45%	67.8%

TABLEAU 3

POURCENTAGE DES MEMBRES INSPECTÉS POUR LES CORPORATIONS DE GRANDE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

GRANDES CORPORATIONS (1000 ≤ nbre de membres< 5000)	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	MOY
exercice exclusif									
dentistes									
nombre d'inspections (membres)	178	112	172	138	90	32	92	103	
proportion des membres de la corpo.	7.9%	4.8%	7.0%	5.4%	3.4%	1.2%	3.4%	3.6%	4.6%
pharmaciens									
nombre d'inspections (membres) *1	986	580	628	663	682	591	705	990	
proportion des membres de la corpo.	31.4%	18.3%	18.6%	18.9%	19.0%	15.9%	18.3%	24.8%	20.6%
techniciens en radiologie									
nombre d'inspections (membres)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
proportion des membres de la corpo.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
titre réservé									
diététistes									
nombre d'inspections (membres) *1	200	135	130	90	10	45	15	88	
proportion des membres de la corpo.	21.0%	13.2%	12.1%	8.1%	0.9%	3.9%	1.2%	7.2%	8.5%
hygiénistes dentaires									
nombre d'inspections (membres) *1	30	40	40	0	35	36	0	24	
proportion des membres de la corpo.	4.9%	6.5%	5.4%	0.0%	4.0%	3.5%	0.0%	1.9%	3.3%
physiothérapeutes									
nombre d'inspections (membres) ; *2	102	134	105	109	98	101	257	203	
proportion des membres de la corpo.	11.3%	13.5%	10.0%	9.5%	7.7%	7.6%	18.3%	12.9%	11.3%
psychologues									
nombre d'inspections (membres)	0	0	0	60	28	60	212	200	
proportion des membres de la corpo.	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%	1.1%	2.2%	7.2%	6.2%	2.4%
technologistes médicaux									
nombre d'inspections (membres) *3	ND	ND	66	250	212	215	127	218	
proportion des membres de la corpo.	ND	ND	3.5%	13.6%	11.5%	11.4%	6.4%	10.9%	ND
travailleurs sociaux									
nombre d'inspections (membres)	0	0	0	0	30	31	18	54	
proportion des membres de la corpo.	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	1.7%	0.9%	2.6%	0.9%

*1: nous postulons qu'un état de vérification = 1 membre inspecté
*2: quelques-unes des données sont fournies par la corporation professionnelle
*3: membres dans les établissements visités

TABLEAU 3.1

POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES ALLOUÉES A L'INSPECTION PROFESSIONNELLE PAR LES CORPORATIONS DE GRANDE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	en % des dépenses								
GRANDES CORPORATIONS (1000 ≤ nbre de membres < 5000)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY.**
exercice exclusif									
dentistes	3.73	3.37	3.65	2.99	0.67	0.38	0.82	0.71	2.0
pharmaciens	13.01	12.02	2.99	12.01	12.69	12.87	14.49	15.21	11.9
techniciens en radiologie	2.00	1.18	1.13	1.72	1.38	3.61	3.94	5.43	2.5
titre réservé									
diététistes	9.41	21.26	6.04	6.21	0.18	3.74	2.14	3.72	6.6
hygiénistes dentaires	3.37	6.08	10.41	4.82	7.80	5.39	1.82	3.77	5.4
physiothérapeutes	9.05	12.75	12.48	11.76	10.58	9.92	9.10	10.47	10.8
psychologues	ND	10.31	ND	ND	7.60	7.68	7.15	11.55	ND
technologistes médicaux	ND	ND	2.42	4.88	4.42	5.44	7.14	10.16	ND
travailleurs sociaux	ND	ND	ND	4.38	5.59	8.71	7.35	12.81	ND

TABLEAU 3.2

DÉPENSES D'INSPECTION PROFESSIONNELLE PAR MEMBRE DE LA CORPORATION EN $, POUR LES CORPORATIONS DE GRANDE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	dépenses par membre en dollars								
GRANDES CORPORATIONS (1000 ≤ nbre de membres < 5000)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY**
exercice exclusif									
dentistes	13.65	11.73	14.16	15.53	3.01	1.94	5.49	4.42	8.74
pharmaciens	32.65	35.91	8.58	36.94	37.91	37.36	45.41	50.48	35.65
techniciens en radiologie*	1.56	1.11	1.37	2.31	2.03	4.83	6.37	9.16	3.59
titre réservé									
diététistes	20.02	35.97	13.67	12.74	0.49	8.84	6.49	13.15	13.92
hygiénistes dentaires	5.20	9.33	14.03	8.56	13.86	9.81	2.97	6.45	8.78
physiothérapeutes	27.62	40.36	40.37	42.42	38.85	40.50	45.76	47.75	40.45
psychologues	ND	24.76	ND	ND	20.11	20.96	23.23	35.01	ND
technologistes médicaux	ND	ND	2.54	6.93	6.14	7.82	10.18	16.89	ND
travailleurs sociaux	ND	ND	ND	6.56	8.70	12.73	12.07	20.14	ND

*dépenses par établissement

TABLEAU 3.3

PART DES DÉPENSES D'INPECTION PROFESSIONNELLE SUBVENTIONNÉE PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS POUR LES CORPORATIONS DE GRANDE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	proportion subventions/dépenses								
GRANDES CORPORATIONS (1000 ≤ nbre de membres < 5000)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY**
exercice exclusif									
dentistes									
dépenses d'inspection	30817	27492	34687	39696	7885	5227	15047	12641	
subventions	0	0	0	0	0	0	0	0	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.0%
pharmaciens									
dépenses d'inspection	102650	113968	29006	129281	136327	138810	174902	201216	
subventions	0	0	0	0	0	6200	14000	13806	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	4.47%	8.00%	6.86%	2.4%
techniciens en radiologie									
dépenses d'inspection	3922	2933	3651	6048	5369	13073	17938	26411	
subventions	0	0	0	0	0	0	5300	0	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	29.55%	0.00%	3.7%
titre réservé									
diététistes									
dépenses d'inspection	19040	36721	14712	14136	545	10281	7917	16151	
subventions	13000	14000	15000	9100	0	3950	5037	6500	
% subventions/dépenses	68.28%	38.13%	101.96%	64.37%	0.00%	38.42%	63.62%	40.25%	51.9%
hygiénistes dentaires									
dépenses d'inspection	3165	5782	10299	6508	12047	10048	3460	8328	
subventions	6400	6600	3399	2256	6400	6200	0	0	
% subventions/dépenses	202.21%	114.15%	33.00%	34.67%	53.13%	61.70%	0.00%	0.00%	62.4%
physiothérapeutes									
dépenses d'inspection	25000	40000	42465	48740	49537	53781	64391	74916	
subventions	16000	15000	15000	9100	6400	11000	14000	14000	
% subventions/dépenses	64.00%	37.50%	35.32%	18.67%	12.92%	20.45%	21.74%	18.69%	28.7%
psychologues									
dépenses d'inspection	ND	50000	ND	ND	50840	57337	68817	113125	
subventions	0	0	12051	9100	6400	6200	9500	6500	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	ND	ND	12.59%	10.81%	13.80%	5.75%	ND
technologistes médicaux									
dépenses d'inspection	ND	ND	4809	12794	11311	14726	20103	33785	
subventions	0	0	0	4041	6202		10998	11970	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	0.00%	31.59%	54.83%	0.00%	54.71%	35.43%	22.1%
travailleurs sociaux									
dépenses d'inspection	ND	ND	ND	12366	15363	23481	23398	41143	
subventions	0	0	0	3353	6331	6200	5300	4314	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	0.00%	27.11%	41.21%	26.40%	22.65%	10.49%	16.0%

TABLEAU 4

POURCENTAGE DES MEMBRES INSPECTÉS POUR LES CORPORATIONS DE TRES GRANDE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

TRES GRANDES CORPORATIONS (nbre de membres ≥ 5000)	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	MOY
exercice exclusif									
infirmières									
nombre d'inspections (membres) *1	2300	2500	2000	3500	2300	2500	7000	9300	
proportion des membres de la corpo.	5.1%	5.4%	4.3%	7.3%	4.7%	5.0%	13.4%	17.0%	7.8%
médecins									
nombre d'inspections (membres) *2&3	ND	ND	ND	ND	3484	2297	5583	4677	
proportion des membres de la corpo.	ND	ND	ND	ND	27.3%	17.7%	42.0%	34.2%	ND
titre réservé									
infirmières auxiliaires									
nombre d'inspections (membres)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
proportion des membres de la corpo.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

*1: quelques-unes des données sont fournies par la corporation professionnelle
*2: membres dans les établissements
*3: comprend les visites de contrôle et les visites de mise à jour

TABLEAU 4.1

POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES ALLOUÉES A L'INSPECTION PROFESSIONNELLE PAR LES CORPORATIONS DE TRES GRANDE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	en % des dépenses								
TRES GRANDES CORPORATIONS (nbre de membres ≥ 5000)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY.**
exercice exclusif									
infirmières	8.65	11.41	9.19	12.01	13.63	14.01	14.76	15.71	12.4
médecins	16.96	20.05	16.93	15.38	16.89	22.21	21.39	22.58	19.0
titre réservé									
infirmières auxiliaires	1.13	3.99	4.16	5.28	2.93	3.36	2.90	3.84	3.4

TABLEAU 4.2

DÉPENSES D'INSPECTION PROFESSIONNELLE PAR MEMBRE DE LA CORPORATION EN $, POUR LES CORPORATIONS DE TRES GRANDE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	dépenses par membre en dollars								
TRES GRANDES CORPORATIONS (nbre de membres ≥ 5000)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY**
exercice exclusif									
infirmières	7.91	12.15	10.22	11.47	12.72	13.89	16.77	17.73	12.86
médecins	42.55	53.96	53.49	51.77	57.73	77.87	78.85	85.78	62.75
titre réservé									
infirmières auxiliaires	0.60	2.51	2.84	3.44	2.06	2.62	2.75	4.19	2.63

TABLEAU 4.3

PART DES DÉPENSES D'INPECTION PROFESSIONNELLE SUBVENTIONNÉE PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS POUR LES CORPORATIONS DE TRES GRANDE TAILLE, SELON LEUR TYPE D'INCORPORATION 1978-85

	proportion subventions/dépenses								
TRES GRANDE CORPORATIONS (nbre de menbres ≥ 5000)	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**MOY**
exercice exclusif									
infirmières									
dépenses d'inspection	360000	564101	480694	552460	628497	693598	873470	968103	
subventions	0	0	0	8505	8000	10245	11874	11248	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	0.00%	1.54%	1.27%	1.48%	1.36%	1.16%	0.9%
médecins									
dépenses d'inspection	478578	626904	643030	642940	736188	1012054	1048987	1171577	
subventions	0	0	0	0	0	0	0	0	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.0%
titre réservé									
infirmières auxiliaires									
dépenses d'inspection	10004	44207	52116	62512	37693	48809	51783	78502	
subventions	0	0	0	0	0	0	0	0	
% subventions/dépenses	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.0%

ANNEXE 2

Chronologie de l'application de la réglementation des actes délégués

Chronologie de la délégation des actes médicaux et infirmiers (1974-1986)

1er février 1974: La Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires est officiellement créée.

31 mars 1976: La C.P.M.Q. dépose un premier projet de règlement: le projet identifiait 72 actes susceptibles d'être délégués aux infirmières et aux infirmières auxiliaires. (Dussault/Potvin, p.29)
La C.P.M.Q. et l' O.I.I.Q ne s'entendent pas sur cette liste, seule une partie des actes délégués fait l'objet d'une entente.

mai 1976: L' O.I.I.Q. dépose son premier projet de règlement. (O.P.Q., René Dussault, 23 mars 1977)

8 juin 1977: L' O.I.I.Q. dépose son projet de règlement de délégation.

Été 1978: L' O.P.Q. devant l'impossibilité d'obtenir un consensus remet au ministre une version des 2 projets où 3 points sont en litiges. (Dussault/Potvin, p.32)

28 septembre 1978: Lettre de l'O.I.I.Q.au président de l'Office des professions sur les modifications apportées par l'Office au règlement de délégation d'actes. L'Ordre souligne qu'il a eu bien peu de choses à dire dans l'identification des classes de personnes qui feraient l'objet d'une autorisation ainsi que dans la formulation des conditions sous lesquelles ces actes devraient être posés; que l'Office avait fait peu de cas du champ d'exercice exclusif attribué aux infirmières par le législateur en imposant l'application de "leur" règlement dans les cabinets de médecins et que l'article 5.02 du règlement des médecins risquait d'être

interprété en pratique comme autorisant les auxiliaires à poser tous les actes qui sont autorisés aux infirmières par les médecins (Nursing Québec, vol. 4, no. 1, Fév. 1979, p. 3).

1979: année marquée par la campagne publicitaire: **"Les auxiliaires sont là"** La C.P.I.I.A.Q. devient la troisième plus importante corporation au Québec en nombre. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 56, no. 4, mars-avril 1984, p. 1)

18 janvier 1979: L'O.I.I.Q. reçoit une autre version du règlement concernant les actes visés à l'articles 29 de la Loi médicale et du règlement déterminant parmi les actes visés à l'article 36 de la Loi des infirmières et infirmiers. (Nursing Québec, vol. 4, mi-fév. 1979, no. spécial)

30 janvier 1979: La présidente de l'O.I.I.Q. demande une rencontre avec le ministre. L'Ordre s'oppose vigoureusement à certains points des règlements. L'Ordre sollicite l'appui de ses membres et organise une campagne de sensibilisation à la radio et dans les journaux du Québec. (Nursing Québec, vol. 1, no.1, novembre-décembre 1980, p. 27)

Janvier 1979: Le ministre fait parvenir la version finale du règlement à la C.P.M.Q. La C.P.M.Q. demande une rencontre avec le ministre. (Bulletin de la C.P.M.Q., vol. XIX, no. 4, 1979, p.1)

Février 1979: L'O.I.I.Q. invite ses membres à écrire au Premier ministre du Québec pour faire connaître leur solidarité avec les représentants de l'O.I.I.Q. en utilisant la lettre type incluse dans un numéro de Nursing Québec. (Nursing Québec, vol. 4, mi-fév. 1979, no. spécial)
23000 lettres ont ainsi été adressées au premier ministre
(Nursing Québec, vol 4, no 3, juillet 1979.)
Février/Mars 1979: Les revendications des infirmières auxiliaires fait la

manchette des journaux. (L'Auxiliaire, vol.52, no. 1, mars 1979, pp. 6-7)

Mars 1979: Devant le blocage des discussions, une Commission parlementaire sur le sujet est convoquée.

13 mars 1979: L'O.I.I.Q. présente un mémoire à la Commission parlementaire des corporations professionnelles. Le ministre responsable de l'application des lois professionnellesaccepte de reconsidérer les points litigieux des règlements. (Nursing Québec, vol. 1, no.1, novembre-décembre 1980, p. 27)

14 -15 mai 1979: Premier congrès d'orientation de L'O.I.I.Q.

Mai 1979: L'O.I.I.Q. fait savoir qu'il a dépensé 150 000.$ pour faire connaître ses positions au public par des messages publicitaires. (Nursing Québec, vol. 4, no. 3, juillet 1979, p. 3)

22-23 mai 1979: Congrès annuel des Infirmières et infirmiers auxiliaires; le président de la C.P.M.Q. alerte le gouvernement contre la pratique de certains centres hospitaliers qui remplacent les infirmières auxiliaires par des membres de l'O.I.I.Q. sans que ce soit justifié, selon lui. Il refute l'argument que les auxiliaires n'auraient pas la préparation requise pour poser les actes délégués tel que le prévoit le projet de loi. (L'Auxiliaire, vol.52, no. 2, juin 1979)

31 mai 1979: La présidente de la C.P.I.I.A.Q. envoie un télégramme au Ministre Jacques-Yvan Morin décrivant la situation dans les établissements de santé.

5 septembre 1979: Un autre télégramme est envoyé au ministre pour l dénoncer les délais d'adoption des règlements. En réponse, le Ministre souligne que les consultations à ce sujet lui ont permis de constater qu'il existait des consensus

entre les divers groupes concernés sur certaines modifications qui s'imposaient. "J'ai tout lieu de croire que les principaux problèmes soulevés par ces règlement ont été résolus", écrit-il. (L'Auxiliaire, vol. 52, no. 3 , septembre 1979, p. 3)

Février1980: Publication du Rapport du Comité d'etude sur la formation en sciences infirmières (Rapport Rodger). Les infirmières trouvent appui à leurs revendications. Ce rapport dénonce le trop grand nombre d'intervenants en nursing qui amène une fragmentation des soins et une duplication des tâches. Il propose que les auxiliaires bénéficient d'un cours de recyclage pour accéder au titre d'infirmière. (Ni l'O.P.Q., ni le M.A.S. ne se rallient à cette proposition.)

Le **Rapport Rodger** recommande l'abolition de la formation spécifique en nursing au niveau secondaire et de recycler les infirmières et infirmiers auxiliaires en infirmiers et infirmières membres de l'O.I.I.Q. Présentation d'un avis au Conseil des Universités et des Collèges établissant clairement l'opposition de la C.P.I.I.A.Q. à l'application du rapport Rodger. (L'Auxiliaire, vol. 55,no.1, mars-avril 1982, p.1)

mars/avril 1980: Une tournée conjointe C.P.M.Q. et O.I.I.Q. permet de rencontrer entre autres, l'Association des Directeurs des services professionnels et les représentants des différentes classes de personnes auxquelles des actes sont autorisés. (Nursing Québec, vol. 1, no. 3, mars/avril 1980, p.10)

22 mai 1980: Le Gouvernement du Québec approuve, avec modifications, le règlement adopté par le Bureau de l'O.I.I.Q. en 1977.

9 juin 1980: Rencontre entre les représentants de L'O.I.I.Q. et les directeurs de soins Infirmiers, responsables de soins et coordonnateurs pour discuter des nouveaux règlements. Ces intervenants seront directement impliqués dans le processus d'application de ces deux règlements dans les établissements de santé. Cette rencontre a permis de faire connaître les obligations de chacun, de clarifier certaines ambiguités et de favoriser une compréhension globale et commune des règlements.

La présidente de L'O.I.I.Q. précise que: " l'Ordre voit les règlements et leur application avec une attitude positive empreinte de bonne volonté et de collaboration avec tous les professionnels de la santé. " (Nursing Québec, vol. 5, no. 3, juillet 1980, p. 8).

11 juin 1980: Entrée en vigueur du règlement de délégation d'actes médicaux et du règlement de délégation d'actes infirmiers. Les infirmières déléguent 16 actes infirmiers aux auxiliaires, en révoyant un procédé de soins dans tous les cas et une surveillance sur place de la part de l'infirmière dans le cas d'un de ces actes et une surveillance immédiate dans le cas d'un autre. Décret 1423-80.

Les médecins déléguent des actes médicaux à des classes de personnes autres que des médecins, dont 41 actes aux infirmières auxquels les infirmières auxiliaires peuvent participer et contribuer. Pour certains actes, les auxiliaires contribuent et participent sous surveillance du médecin sur place (15 actes), à distance (13) ou immédiate (6) . Décret 1422-80.

12 juin 1980: Rencontre de l'O.I.I.Q. avec les conseils de sections (Treize corporations régionales d'infirmières et infirmiers de la province) dans le but defavoriser une même compréhension des règlements et une attitude commune de la part des infirmières à travers le Québec. (Nursing Québec, vol. 5, no. 3, juillet 1980, p.8)

18 juin 1980: A la suite de consultations entre L'O.I.I.Q. et la C.P.M.Q., ces deux organismes font parvenir aux média d'information un communiqué conjoint concernant la souplesse dans la mise en application des règlements d'autorisation d'actes infirmiers et médicaux. Ils y incitent les établissements en général à voir à une application "progressive" des règlements. Pour les deux organismes, la nouvelle réglementation ne vient que "régulariser" un état de fait existant depuis plusieurs années. Ils songent à organiser, fin septembre, une campagne d'information afin de sensibiliser l'ensemble du réseau des Affaires Sociales à cette nouvelle réglementation.
(Nursing Québec, vol. 5, no. 3, juillet 1980, p. 8)

Novembre 1980: Un document d'information l'Association des Hôpitaux du Québec précise qu' il est clair que les infirmières auxiliaires ne sont pas l'équivalent des infirmières en ce qui concerne les actes médicaux délégués.(Document d'information #2, p.26)

Mars/Avril 1981: Dans un communiqué officiel la C.P.I.I.A.Q. fait connaître publiquement sa position quant au sens et à la portée des règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers. Dans ce communiqué la corporation réclame l'application immédiate de ce règlement. (L'Auxiliaire, vol. 54, no.2, mars-avril 1981 p.16)

27 mai 1981: Lettre de l'O.I.I.Q à tous les directeurs de soins infirmiers (D.S.I.) comportant en annexe une liste de 42 actes non autorisés **"actes de la zone grise"**. Ceci dans le but de circonscrire la portée et les limites du Règlement d'autorisation des actes infirmiers suite à de nombreuses lettres, téléphones et visites au siège social de l'O.I.I.Q. (Nursing Québec, vol. 3, no. 1, nov-déc. 1982, p. 2)

Mai-juin 1981: Mise sur pied d'un **Comité de révision des actes** par le Bureau de l'O.I.I.Q. afin de répondre aux exigences de l'article 4.04 du règlement d'autorisation des actes infirmiers. Selon la présidente de l'Ordre, ce comité fut pris d'assaut par les gens du milieu à en juger les nombreuses demandes d'explications ou de modifications qui lui ont été adressées.
(Nursing Québec, vol. 3, no. 1, nov-déc. 1982, p. 2)

Octobre 1981: Début des visites régionales de la présidente de la C.P.I.I.A.Q. afin de connaître les problèmes auxquels ses membres doivent faire face.
(L'Auxiliaire, vol. 54, no.4, septembre 1981, p.1)

Décembre 1981: La présidente de la C.P.I.I.A.Q. fait parvenir une lettre à tous les D.S.I. et à tous les Directeurs de personnel afin de les aviser que les puéricultrices et gardes-bébés non-recyclées n'ont pas l'autorisation de poser les actes du décret 1423-80, annexe A.

La C.P.I.I.A.Q. effectue un sondage-maison auprès de 650 établissements afin de connaître quels actes sont délégués et les motifs de non-délégation. La C.P.I.I.A.Q. a écrit à chaque directeur général et directeur des soins infirmiers recommandant l'application du décret 1423-80 pour un meilleur équilibre budgétaire en ces périodes de restrictions budgétaires.
(L'Auxiliaire, vol. 54, no.5, déc. 81, p. 2-4)

Fin 1981: Mémoire la C.P.I.I.A.Q. au Ministre de l'Education, responsable de l'application des lois professionnelles, sur l'opportunité d'implanter un cours de formation en puériculture à partir de septembre 1982. Le mémoire s'oppose au programme de formation en puéricultrice vu la dénatalité et la crise économique que connaît le Québec. (L'Auxiliaire, vol. 55, no.1, mars-avril 1982, p. 1)

Janvier1982: Formation d'un Comité ad hoc sur les actes délégués à la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 57, no. 4, mars-avril 1985, p. 1)

14 janvier 1982: Le Ministre rencontre les représentants de la C.P.I.I.A.Q. . Il dit être convaincu de la nécessité de former des puéricultrices. (L'Auxiliaire, vol.55,no.1, mars-avril 1982, p.1)

Février 1982: "Rapport préliminaire du cheminement d'une étude éventuelle sur la formation professionnelle initiale des infirmières et infirmiers au niveau universitaire", O.I.I.Q. L'Ordre propose une formation universitaire pour ses membres. (L'Auxiliaire, vol. 55, no. 3, Sept-Oct. 1982)

Mars 1982: La C.P.I.I.A.Q. mène une campagne provinciale de sensibilisation sur les retards de l'application des décrets 1423-80 et 1422-80. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 56, no. 4, mars-avril 1984, p. 1)

Juillet-Août 1982: Sondage de la C.P.I.I.A.Q. au sujet des deux décrets pour connaître la situation qui prévaut dans les centres hospitaliers. (L'Auxiliaire, vol. 55, no. 2, juillet-août 1982, p. 1)

5 octobre 1982: Mini-Colloque régionalde la C.P.I.I.A.Q. , à Rimouski; dans l'atelier sur "Les actes délégués" il a été recommandé: (1) de sensibiliser de plus en plus le ministre aux problèmes vécus par les infirmières auxiliaires dans les

différentes régions du Québec; (2) que la Corporation intente des procédures pour obtenir une interprétation juridique des deux décrets si les différentes rencontres prévues avec les autorités compétentes ne porte pas fruit;(3) l'uniformisation de la formation à court terme. (L'Infirmière auxiliaire, vol.55, no. 4, nov.-déc. 1982, p.7)

2 novembre 1982: Second Mini-colloque régional de la C.P.I.I.A.Q., à Alma; dans l'atelier sur "Les actes délégués" il a été recommandé: (1) d'administrer uniquement les médicaments qu'ils avaient personnellement préparés et dans le cas de narcotiques, de redoubler de vigilance; (2) de former dans chacun des centres hospitaliers de la province un Comité d' auxiliaires qui verrait à représenter auprès du Conseil d'administration de l'établissement leurs intérêts et leur droits de poser les actes délégués. (L'Infirmière auxiliaire, vol.55, no. 4, nov.-déc. 1982, p.9)

7 décembre 1982: Troisième mini-colloque régional de la C.P.I.I.A.Q., à Québec; dans l'atelier sur "Les actes délégués" il a été recommandé: (1) que l'on explique clairement les conditions pour poser les actes délégués et que l'on donne les connaissances suffisantes; (2) que l'annexe A soit réservée aux infirmières auxiliaires et l'annexe B aux puéricultrices et gardes-bébés; (3) que l'on spécifie bien que le Conseil d'administration des établissements a un pouvoir d'exclusion et non de délégation; (4) que l'on amende les décrets pour éviter plusieurs incohérences portant sur leur interprétation; (L'Infirmière Auxiliaire, vol. 56, no. 1, mars-avril 1983, p.3)

Nov.-Déc.1982: La présidente de l'O.I.I.Q souligne que plusieurs de ses membres, le Ministre des Affaires Sociales et l'Office des professions

demandent de réouvrir la discussion sur le Règlement d'autorisation d'actes infirmiers. (Nursing Québec, vol. 3, no. 1, nov-déc. 1982, p. 3)

Fin 1982: Le Comité administratif de la C.P.I.I.A.Q. entérine les travaux du Comité ad hoc sur les actes autorisés et publie dans L'Infirmière auxiliaire, (novembre-décembre 1982) la position officielle de la Corporation sur les actes de la Zone Grise. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 56, no. 4, mars-avril 1984, p. 1)

11 janvier 1983: Quatrième mini-colloque régional de la C.P.I.I.A.Q., à Trois-Rivières; dans l'atelier "Les actes délégués" il a été recommandé:
(1) que les actes délégués soient ajoutés à la compétence reconnue aux infirmières auxiliaires par le Code des professions; (2) que les infirmières auxiliaires aient le droit de poser les actes délégués et qu'elles s'opposent aux décisions du conseil d'administration de l'établissement si celui-ci exclu par règlement un article du décret; (3) que l'on voit à ce qu'il y ait un comité formé sur place; que l'on voit à ce qu'il y ait un membre de la corporation au conseil consultatif de l'établissement; que l'on voit à ce qu'il y ait un autre membre délégué au conseil d'administration de l'établissement.
(L'Infirmière auxiliaire, vol. 56, no. 1, mars-avril 1983, p. 5)

9 mars 1983: Le ministre des Affaires Sociales s'engage au nom du gouvernement dans une lettre à la présidente de la Fédération des Syndicats Infirmiers du Québec à n'émettre aucun décret sur les actes délégués qui aurait pour effet de modifier, soustraire ou ajouter à la tâche actuelle des infirmières et infirmiers du réseau des Affaires Sociales jusqu'au 28 février 1984.
(Dussault/Potvin, p.34)

Avril 1983: Visite de la C.P.I.I.A.Q. au Ministre des Affaires Sociales dans le but de sensibiliser les autorités aux situations difficiles dans lesquelles plusieurs de leur membres se trouvent. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 56, no. 2, juin-juillet 1983, p. 6)

23 mai 1983: Le Ministère des Affaires Sociales émet une circulaire qui porte sur la délégation des actes médicaux et infirmiers dans le but d'aider à leur interprétation. (Mémoire de la C.P.I.I.A.Q., 7 février 1986, p. 15)

Juin 1983: Cinquième mini-colloque régional de la C.P.I.I.A.Q., à Hull; dans l'atelier sur "Les actes délégués" il a été recommandé: (1) que les infirmières auxiliaires forment des comités et qu'elle s'impliquent au niveau du Conseil consultatif du personnel clinique; (2) que les membres mettent à jour leurs connaissances avec le cours STB-144. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 56, no. 2, juin-juillet 1983, p. 8)

Juillet 1983: Sixième et dernier mini-colloque régional de la C.P.I.I.A.Q., à Rouyn-Noranda; dans l'atelier sur "Les actes délégués" il a été recommandé:(1) que la corporation fasse pression pour que les décrets 1423-80 et 1422-80 soient amendés; (2) que la corporation obtienne une opinion juridique sur l'étendue des termes "participer" et "contribuer" du décret 1422-80;
(3) que les membres appuient leur corporation dans ses démarches auprès des divers intervenants; (L'Infirmière auxiliaire, vol. 56, no. 2, juin-juillet 1983, p. 10)

10 août 1983: Parution dans la Gazette Officielle du projet de règlement 1320-84. (règlements sur l'organisation et l'administration des établissements de santé).

Automne 1983: Dépôt d'un projet de règlement de délégation d'actes médicaux aux techniciens en réadaptation. par la C.P.M.Q..

Octobre 1983: La C.P.I.I.A.Q. présente un mémoire à la Commission des Affaires Sociales relativement au projet de règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de santé. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 57, no. 4, mars-avril 1984, p. 1)

12 octobre 1983: Modification au règlement des actes médicaux, article A-1.06. (Nursing Québec, vol. 4, no. 6, sept-oct. 1984, p.48)

Mars 1984: La Corporation professionnelle des physiothérapeutes dépose un mémoire à l'Office des professions sur le projet de délégation des actes médicaux aux techniciens en réadaptation physique.

Avril 1984: Début d'une campagne publicitaire provinciale pour faire connaître le rôle de l'infirmière auxiliaire au public. Cette campagne se terminera en juin 1984. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 56, no. 4, mars-avril 1984, p. 1)

2 mai 1984: Modification au règlement des actes médicaux, article A-1.23. (Nursing Québec, vol. 4, no. 6, sept-oct. 1984, p.48) (Bulletin de la C.P.M.Q., vol. XXIV, no.2, juil.-août 1984, p.3)

12 juin 1984: Première journée provinciale de l'infirmière auxiliaire. (L'Infirmière auxiliaire, vol.57, no.2, août-sept. 1984, p.1)

6 juin 1984: Adoption du décret 1320-84.

26 juin 1984: mémoire de la C.P.I.I.A.Q. à l'Office des professions et à L'O.I.I.Q. sur les problèmes vécus en rapport avec l'application du règlement de délégation 1423-80).

1er octobre 1984: Entrée en vigueur du décret 1320-84.

Décembre 1984: Dépôt d'une requête en jugement déclaratoire à la Cour Supérieure du district de Montréal par la C.P.I.I.A.Q. Demande à la Cour supérieure de se prononcer sur la légalité de certains articles du décret 1423-80, sur le pouvoir de réglementation des conseils d'administration des hôpitaux dans la détermination des actes infirmiers que les auxiliaires pourront poser dans l'établissement. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 58, no.1,juillet-Août 1985, p.9

Février 1985: Tournée provinciale de la présidente intérimaire de la C.P.I.I.A.Q. afin de dénoncer le mauvais sort fait depuis quatre ans aux infirmières auxiliaires. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 57, no. 4, mars-avril 1985)

15 mars 1985: L'O.I.I.Q. dépose une requête en irrecevabilité de la requête pour jugement déclaratoire.

21 mars 1985: Rejet de la requête pour jugement déclaratoire et acceuil de la requête en irrecevabilité.

18 avril 1985: La C.P.I.I.A.Q. inscrit un appel du jugement rendu par la Cour Supérieure de Montréal. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 58, no.1, juillet-août 1985, p. 9)

Juin 1985: Le Gouvernement du Québec met sur pied la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes.

7 août 1985: Emission FORUM, à Radio-Québec, sur le thème: " Les infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec sont-ils brimés dans leurs fonctions par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec?" (L'Infirmière auxiliaire, vol. 58, no. 2, octobre 1985, p. 6)

Novembre 1985: La présidente de la C.P.I.I.A.Q. fait parvenir à ses membres un communiqué les invitant à faire parvenir à leur député ainsi qu'aux candidats à l'élection provinciale,une lettre décrivant les difficultés résultant de l'application du décret 1423-80 avec copie conforme aux journaux locaux ainsi qu'au ministre.

Décembre 1985: Constat de l'échec de cette stratégie faute de participation des membres de la Corporation. (L'Infirmière auxiliaire, vol. 58, no. 3,p.1)

12 mars 1986: L'O.I.I.Q. présente un mémoire à la Commission Rochon (Nursing Québec, vol.6, no. 3, mai/juin 1986, p.4)

17 juillet 1986: Mémoire de la C.P.I.I.A.Q. à la Commission Rochon réclamant l'abolition des décrets de délégation des actes médicaux et infirmiers. (Les avenues de solutions et recommandations aux membres de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes, p.25)

[c. M-9, r.1.1]*

Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins

Loi médicale
(L.R.Q., c. M-9, a. 19, 1er al., par. *b*)

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26)

Loi concernant un jugement rendu par la Cour suprême du Canada le 13 décembre 1979 sur la langue de la législation et de la justice au Québec
(L.R.Q., c. J-1.1, a. 3)

SECTION I
DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

1.01. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

a) « acte » : tout acte ou toute opération prévu aux annexes ;

b) « centre hospitalier » : tout centre hospitalier tel que défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5) ;

c) « conseil des médecins et dentistes » : tout conseil des médecins et dentistes prévu à l'article 111 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou, lorsqu'un établissement ne possède pas de conseil des médecins et dentistes, celui d'un établissement de la région avec lequel un contrat de services a été conclu pour les fins du présent règlement ;

d) « règlement du conseil des médecins et dentistes » : règlement adopté par le conseil des médecins et dentistes et approuvé par le conseil d'administration de l'établissement qui emploie les personnes habilitées ;

e) « établissement » : tout établissement tel que défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et dans lequel se trouve un conseil des médecins et dentistes ou tout établissement qui a conclu un contrat de services pour les fins du présent règlement avec un autre établissement possédant un conseil des médecins et dentistes ;

f) « infirmier(ère) » : toute personne inscrite au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ;

g) « infirmier(ère) auxiliaire » : toute personne inscrite au tableau de la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec ;

h) « ordonnance permanente » : ordonnance établie par règlement du conseil des médecins et dentistes de l'établissement, ou lorsqu'un établissement ne possède pas de conseil des médecins et dentistes, par règlement du conseil des médecins et dentistes d'un établissement de la région avec lequel un contrat de services a été conclu, pour les fins du présent règlement, à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements, sans attendre d'ordonnance médicale individuelle, chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et, le cas échéant, selon le protocole auquel il réfère ;

i) « personne habilitée » : toute personne à qui le présent règlement permet, aux conditions qui y sont énoncées, de poser un acte prévu aux annexes ;

j) « protocole » : descriptions des procédures, méthodes ou limites qui doivent être observées par quiconque lorsque tout acte est posé et qui sont établies par le conseil des médecins et dentistes de l'établissement ou par le chef de département clinique après dépôt au conseil des médecins et dentistes, après consultation du directeur ou du chef du service de qui relevent, sur le plan professionnel, les personnes habilitées ou, lorsqu'un établissement ne possède pas de conseil des médecins et dentistes, par celui d'un établissement de la région avec lequel un contrat de service a été conclu pour les fins du présent règlement, ou qui sont établies par le médecin traitant ou, en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire s'il s'agit d'un acte qui peut être posé à l'extérieur d'un établissement ;

k) « surveillance immédiate » : présence physique d'un médecin auprès du bénéficiaire lors de l'exécution de l'acte ;

l) « surveillance sur place » : disponibilité d'un médecin présent dans le bâtiment où est exécuté un acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un court délai ;

m) « surveillance à distance » : disponibilité d'un médecin lors de l'exécution d'un acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un délai raisonnable ;

n) « inhalothérapeute » : toute personne qui possède un diplôme d'études collégiales en techniques d'inhalothérapie et d'anesthésie ou l'équivalent, ou qui est membre de

* Les crochets indiquent une référence administrative postérieure à la refonte au 31 décembre 1981

la Corporation des techniciens inhalothérapeutes du Québec ;

o) « technologiste médical » : toute personne inscrite au tableau de la Corporation professionnelle des technologistes médicaux du Québec ;

p) « unité d'hémodialyse » : tout centre organisé et doté de l'équipement technique adéquat, régi par des politiques écrites d'opération et de traitement, sous la direction d'un médecin, situé dans un centre hospitalier, où sont groupés des bénéficiaires dont la gravité de l'état nécessite qu'ils reçoivent des soins d'hémodialyse sous la surveillance d'un(e) infirmier(ère) qualifié(e) ;

q) « laboratoire » : tout laboratoire au sens de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c. P-35).

1.02. La Loi d'interprétation (L.R.Q., c. I-16) s'applique au présent règlement.

SECTION II
PRINCIPES GÉNÉRAUX

2.01. Tout acte peut être posé par une personne habilitée en tout endroit sauf s'il est indiqué dans les annexes qu'il ne peut l'être que dans un centre hospitalier.

2.02. Toute personne habilitée peut poser un acte prévu aux annexes si elle remplit toutes les conditions prévues au présent règlement.

Toutefois, avant de poser un acte, toute personne habilitée doit s'assurer qu'elle possède les connaissances et la préparation suffisantes pour le poser.

2.03. Toute personne habilitée exerçant pour un établissement peut poser tout acte visé au présent règlement sauf :

a) si cet acte a été désigné par l'établissement comme ne pouvant être posé ; et

b) si elle ne remplit pas les conditions locales déterminées par le présent règlement.

2.04. Toute personne habilitée qui exerce sa profession pour un employeur qui a conclu un contrat de services pour les fins du présent règlement, avec un établissement, agit sous ordonnance médicale permanente et conformément à un protocole au sens du présent règlement lorsqu'elle agit conformément à une ordonnance permanente et à un protocole établis dans cet établissement.

SECTION III
CONDITIONS LOCALES

3.01. Dans la désignation des actes prévus aux annexes qui peuvent être posés par les personnes habilitées, de même que dans la détermination de conditions locales requises pour poser ces actes, tout établissement tient compte des facteurs suivants :

a) la protection du public ;

b) les ressources du milieu ;

c) la préparation et l'expérience des personnes habilitées.

3.02. Tout établissement peut permettre qu'un ou plusieurs des actes qui, selon les annexes, doivent être posés sur ordonnance médicale, soient posés sous l'autorité d'une ordonnance permanente.

3.03. La désignation par un établissement des actes et la détermination des conditions locales se font par règlement du conseil des médecins et dentistes, après consultation du chef de département clinique, du directeur ou du chef du service de qui relèvent, sur le plan professionnel, les personnes habilitées.

SECTION IV
APPLICATION DU RÈGLEMENT

4.01. Tout établissement ou, s'il ne s'agit pas d'un établissement, tout médecin traitant ou, en son absence, tout médecin responsable du bénéficiaire, s'assure que les conditions énoncées au présent règlement sont remplies par toute personne habilitée.

4.02. Tout médecin responsable du bénéficiaire doit, s'il le juge nécessaire et eu égard à la nature et à l'importance de l'acte, contrôler l'exécution de l'acte et s'assurer qu'il y a indication d'y procéder suivant le diagnostic posé ou suivant les fins poursuivies par le traitement.

4.03. Sur rapport du conseil des médecins et dentistes, après consultation du directeur ou du chef de service de qui relève, sur le plan professionnel, toute personne habilitée oeuvrant dans un établissement à l'effet que cette personne ne remplit pas les conditions énoncées au présent règlement, l'établissement doit enjoindre cette personne de ne plus poser l'un ou plusieurs des actes et alors cette personne ne peut plus poser ces actes jusqu'à ce qu'elle satisfasse aux conditions requises.

4.04. Le comité de révision des actes visés au présent règlement, créé par la Corporation professionnelle des mé-

decins du Québec, surveille l'application du présent règlement ; il reçoit et étudie les demandes de modifications à y apporter.

SECTION V
PERSONNES HABILITÉES

5.01. Les infirmiers(ères) peuvent poser les actes énumérés à l'annexe A, sous réserve de la section II.

5.02. Les infirmiers(ères) auxiliaires peuvent, sous réserve de la section II, contribuer et participer aux actes énumérés à l'annexe A sous la surveillance sur place ou immédiate d'un médecin lorsque l'annexe A l'exige ou, quant aux autres actes de l'annexe, sous la surveillance à distance d'un médecin.

5.03. Les technologistes médicaux peuvent poser les actes énumérés à l'annexe B, sous réserve de la section II.

5.04. Les inhalothérapeutes peuvent poser les actes énumérés à l'annexe C, sous réserve de la section II.

5.05. Les personnes qui, au 11 juin 1980, étaient aux termes des conventions collectives alors en vigueur au Québec autorisées à agir comme préposés ou mécaniciens en orthopédie, peuvent poser, sous réserve de la section II, les actes décrits à l'article 1.07 de l'annexe A.

5.06. Malgré l'article 5.02, toute personne qui, au 11 juin 1980, exerce les activités décrites au paragraphe *p* de l'article 37 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), peut, sous réserve de la section II, contribuer et participer aux actes énumérés à l'annexe A sous la surveillance sur place ou immédiate d'un médecin lorsque l'annexe A l'exige ou, quant aux autres actes de l'annexe, sous la surveillance à distance d'un médecin.

5.07. Malgré l'article 5.03, toute personne qui, au 11 juin 1980, exerce les activités décrites au paragraphe *q* de l'article 37 du Code des professions, peut poser les actes énumérés à l'annexe B, sous réserve de la section II.

5.08. Malgré l'article 5.04, toute personne qui, au 11 juin 1980, exerce l'inhalothérapie, peut poser les actes énumérés à l'annexe C, sous réserve de la section II.

SECTION VI
INTERPRÉTATION

6.01. Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme restreignant :

a) le droit de tout médecin d'exercer la médecine et, le cas échéant, de contrôler l'acte ;

b) le droit pour tout professionnel de poser des actes qu'une loi l'habilite à poser ;

c) l'obligation du conseil des médecins et dentistes et du comité d'évaluation médicale et dentaire de contrôler et d'apprécier les actes médicaux et notamment, les actes prévus aux annexes ;

d) l'obligation pour toute corporation professionnelle de surveiller l'exercice de la profession par ses membres ;

e) le droit de tout bénéficiaire de recevoir les soins qui sont requis d'urgence.

6.02. Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme conférant aux personnes habilitées à poser des actes prévus aux annexes un droit exclusif de les poser.

6.03. Dans le cas où l'ordonnance médicale apparaît à l'annexe A comme condition pour poser un acte, la présence d'autres conditions en marge de cet acte ne doit pas être interprétée comme restreignant le droit que peut conférer la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I-8) de poser cet acte sous ordonnance médicale individuelle.

SECTION VII
DISPOSITON FINALE

7.01. Le présent règlement remplace le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins (R.R.Q., 1981, c. M-9, r.1), entre en vigueur le 6 janvier 1982 et a effet depuis le 11 juin 1980.

ANNEXE A
(a. 5.01, 5.02, 5.05, 5.06 et 6.03)

Nomenclature des actes	Conditions prescrites (La présence d'un « X » dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	**Ordonnance médicale**	**Surveillance à distance**	**Surveillance sur place**	**Surveillance immédiate**	**Dans un centre hospitalier seulement**	**Selon protocole**	**Autres conditions**
A-1.01 Changer le tube de gastrostomie	X					X	
A-1.02 Enlever les tubes à cystostomie	X					X	
A-1.03 Faire un lavage vésical avec ou sans médication	X						
A-1.04 Injecter du sérum physiologique dans la trachée d'un trachéotomisé pour fluidifier les sécrétions bronchiques						X	
A-1.05 Faire l'irrigation de l'oeil						X	
A-1.06 Administrer des vaccins ou sérums							Pour les vaccins indiqués de *a* à *r* le protocole doit contenir les explications à fournir aux bénéficiaires concernant particulièrement les réactions possibles et la conduite à tenir advenant une réaction.
a) antivariolique	X					X	
b) anticoquelucheux	X					X	
c) antirougeoleux	X					X	
d) antidiphtérique	X					X	
e) antipoliomyélite	X					X	
f) antirubéoleux	X					X	
g) antitétanique							
— humain	X					X	
— équin	X		X			X	
h) antiinfluenza	X					X	
i) antityphoïde (Tab.)	X					X	
j) antioreillons	X					X	
k) anticholérique	X					X	

Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
l) antirabique							
— humain	X					X	
— équin	X		X			X	
m) BCG	X					X	
n) autovaccins	X					X	
o) Gammaglobuline hyperimmune anti-D (Gammaglobuline anti Rh)	X					X	
p) antipeste	X					X	
q) antityphus	X					X	
r) fièvre jaune	X		X			X	
A-1.07 Faire des immobilisations plâtrées	X					X	
A-1.08 Donner un massage cardiaque externe et la respiration artificielle						X	
A-1.09 En cas d'urgence, réinstaller une canule de trachéostomie externe déplacée accidentellement						X	
A-1.10 Décider d'ouvrir une veine ou de la maintenir ouverte au moyen d'un soluté glucosé 5% dans l'eau		X				X	Si urgence
A-1.11 Installer un tube gastrique	X		X				
A-1.12 Faire un E.C.G. durant ou immédiatement après l'effort	X						
A-1.13 Faire un lavage d'oreilles						X	
A-1.14 Administrer et décrire les résultats des tests diagnostiques suivants:							
a) mycose	X					X	
b) histoplasmine	X					X	
c) coccidioidomyces	X					X	
d) blastomycine	X					X	
e) candida albicans	X					X	
f) tine-test	X					X	
g) PPD (*purified protein derivative*)	X					X	
h) shick	X					X	

Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
A-1.15 Administrer et décrire les résultats des tests d'allergie							
a) injection intradermique	X		X			X	
b) scarification	X		X			X	
A-1.16 Administrer des vaccins de désensibilisation	X		X			X	
A-1.17 Administrer toute médication ou substance, par voie intraveineuse sauf dans la veine fémorale et la veine jugulaire, y compris:	X						
a) les substances anticancérigènes;	X	X				X	
b) les substances anesthésiques;	X			X			
c) les substances sclérosantes;	X			X			
d) les substances iodées de contraste;	X		X			X	
e) les substances en expérimentation;	X		X			X	
exception faite des médications ou substances indiquées par l'établissement ou le médecin traitant.							
A-1.18 Administrer une médication *per os*						X	La liste des médicaments autorisés doit être établie par le conseil des médecins et dentistes
A-1.19 Administrer un antidote lors d'une intoxication aiguë en l'absence d'un médecin si celui-ci ne peut être atteint immédiatement						X	
A-1.20 Procéder à la ventilation par masque et au maintien des voies aériennes libres	X			X			Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie
A-1.21 Administrer des substances anesthésiques par voie épidurale si cathéter déjà installé							
a) pour fins de diagnostic ou d'analgésie	X	X			X	X	
b) pour fins obstétricales							
— durant le travail	X		X		X	X	
— durant l'accouchement	X			X	X	X	
A-1.22 Interpréter un tracé tococardiographique (monitoring foetal)						X	

	Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
A-1.23	Administrer de la médication ocytocique pour provoquer ou stimuler les contractions utérines avant l'accouchement ou durant le travail	X		X		X	X	Surveillance immédiate du médecin durant la phase d'induction soit la période qui s'écoule depuis la mise en marche du soluté contenant de la médication ocytocique jusqu'à l'établissement de contractions utérines régulières et continues sans avoir à changer le débit du soluté à moins que ne soit déterminé localement par règlement du conseil des médecins et dentistes, après consultation du chef de département clinique du directeur ou du chef du service de qui relève, sur le plan professionnel, les personnes habilitées, qu'une surveillance sur place est suffisante compte tenu de la qualité des ressources humaines et matérielles disponibles dans le centre hospitalier. Dans ce dernier cas, le contrôle continu de l'induction par une infirmière est requis auprès de la bénéficiaire.
A-1.24	Diriger des entrevues psychiatriques avec le bénéficiaire ou sa famille pour contribuer au diagnostic et au traitement		X				X	Formation postscolaire en nursing psychiatrique
A-1.25	En milieu psychiatrique, orienter le bénéficiaire vers des activités jugées nécessaires		X				X	
A-1.26	Irriguer le cathéter artériel avec une solution héparinée	X	X			X	X	
A-1.27	Utiliser une pompe artérielle et veineuse sur un circuit extra-corporel pour une exanguino-transfusion ou hémotransfusion	X			X	X	X	

	Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
A-1.28	Ajuster le respirateur à pression positive	X	X				X	
A-1.29	Enlever le cathéter épidural	X	X			X	X	
A-1.30	Appliquer le garrot pneumatique	X		X			X	
A-1.31	Enlever le tube endotrachéal	X			X			
A-1.32	Appliquer le défibrillateur						X	— Formation spéciale telle que recommandée par l'Association des cardiologues de la province de Québec — En cas d'urgence et pour le temps d'aviser le médecin
A-1.33	Surveiller et modifier selon les besoins, l'amplitude, la sensibilité et la fréquence de l'entraîneur électro-systolique de même que le mettre en marche et l'arrêter au besoin		X			X	X	Formation spéciale telle que recommandée par l'Association des cardiologues de la province de Québec

	Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
A-1.34	Remettre le respirateur à pression positive en cas de besoin au cours d'une période de sevrage prescrit par le médecin					X	X	
A-1.35	Faire un prélèvement à partir du cathéter artériel	X	X			X	X	
A-1.36	Enlever le cathéter artériel	X		X		X	X	
A-1.37	Enlever un thrombus par aspiration d'un cathéter artériel ou veineux	X	X			X	X	
A-1.38	Procéder au lavage vésical chez un greffé rénal	X	X			X	X	
A-1.39	Procéder au traitement par dialyse intrapéritonéale des insuffisants rénaux aigus ou chroniques	X		X		X	X	
A-1.40	Procéder au traitement par hémodialyse des insuffisants rénaux aigus ou chroniques selon la fréquence et la durée prescrites par le médecin	X		X		X	X	Infirmier(ère) rattaché(e) à une unité d'hémodialyse
A-1.41	Poursuivre le traitement par hémodialyse ou par dialyse intrapéritonéale à domicile des insuffisants rénaux selon la fréquence et la durée prescrites par le médecin	X	X				X	Infirmier(ère) rattaché(e) à une unité d'hémodialyse

Décision 81-09-18, annexe A, D 1891-83, a 1; D 725-84, a 1

ANNEXE B
(a. 5.03 et 5.07)

Nomenclature des actes	Conditions prescrites (La présence d'un « X » dans la colonne appropriée indique que la condition en tête de cette colonne est requise)						
Acte en vue d'examens ou d'analyses de biologie médicale prescrits par le médecin consistant à :	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
B-1.01 Effectuer les prélèvements sanguins par ponction veineuse sauf dans la veine fémorale et dans la veine jugulaire							
B-1.02 Effectuer les prélèvements sanguins par ponction capillaire		X				X	
B-1.03 Effectuer des phlébotomies en utilisant les veines superficielles des membres chez des donneurs volontaires	X	X			X		
B-1.04 Effectuer des phlébotomies thérapeutiques en utilisant les veines superficielles des membres		X				X	La liste des substances doit être établie par règlement du conseil des médecins et dentistes ou, en dehors des établissements, par le médecin responsable du secteur d'activité concerné du laboratoire
B-1.05 Effectuer l'injection de substances par voie sous-cutanée, intradermique ou intraveineuse sauf dans la veine fémorale ou la veine jugulaire en vue d'examens ou d'analyses dans le domaine de la biologie médicale prescrits par le médecin							
B-1.06 Prélever les sécrétions — du nez — de la gorge — des oreilles — des yeux — des seins — du vagin — des plaies et lésions cutanées — de l'urètre — du rectum							Selon protocole établi par le conseil des médecins et dentistes ou, en dehors des établissements, par le médecin responsable du secteur d'activité concerné du laboratoire
B-1.07 Installer des cathéters *a)* urétraux *b)* gastriques aux fins de prélèvements pour analyses	X X					X X	

ANNEXE C
(a. 5.04 et 5.08)

Nomenclature des actes	Conditions prescrites (La présence d'un « X » dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à :	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
C-1.01 Faire des instillations bronchiques	X					X	
C-1.02 Donner un massage cardiaque externe et la respiration artificielle						X	
Oxygénothérapie							
C-1.03 Installer et surveiller les appareils servant à l'administration d'oxygène :							
a) canules nasales et cathéters	X						
b) masques de toutes sortes	X						
c) tentes et tentes faciales	X						
d) nébulisateurs à concentration inspiratoire d'oxygène	X						
e) tout autre appareil pouvant modifier la concentration inspiratoire d'oxygène	X						
Aérosolthérapie							
C-1.04 Appliquer des techniques d'aérosolthérapie :							
a) sans pression positive inspiratoire	X	X					
b) avec pression positive	X	X					
Humidification							
C-1.05 Installer et surveiller les appareils spéciaux servant à humidifier l'air inspiré par des bénéficiaires ainsi que les adapteurs spéciaux aux tubes endotrachéaux ou aux canules de trachéotomie	X						
Respiration artificielle							
C-1.06 Installer et surveiller les appareils à pression positive ou négative tant que dure l'assistance ou le contrôle de la respiration	X						
C-1.07 Procéder à la mise en marche et à la surveillance du sevrage et remettre le respirateur à pression positive en cas de besoin	X						

Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
Techniques respiratoires							
C-1.08 Procéder au drainage postural	X						
C-1.09 Procéder au clapping et aux vibrations thoraciques	X						
Épreuves diagnostiques							
C-1.10 Procéder à la gazométrie sanguine incluant le prélèvement capillaire et les prélèvements artériels si la canule est déjà en place	X	X					
C-1.11 Procéder à l'épreuve d'expiration forcée et à la mesure de la capacité vitale et des volumes pulmonaires	X						
C-1.12 Prélever des expectorations bronchiques pour cytologie et bactériologie, si tube endotrachéal ou canule trachéale déjà installé	X						
Durant l'induction de l'anesthésie							
C-1.13 Installer un stéthoscope œsophagien, sonde nasogastrique	X			X			Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie
C-1.14 Procéder au placement (position) du bénéficiaire	X			X			Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie
C-1.15 Procéder à la ventilation par masque et au maintien des voies aériennes libres	X			X			Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie
C-1.16 Procéder à l'aide technique en cours d'exécution de l'anesthésie régionale	X			X			Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie
C-1.17 Surveiller les bénéficiaires sous anesthésie	X		X				Le médecin responsable de l'anesthésie doit être dans le même bloc opératoire pour exercer sa surveillance
C-1.18 Procéder au réglage des débitmètres sur l'appareil d'anesthésie	X		X				Le médecin responsable de l'anesthésie doit être dans le même bloc opératoire pour exercer sa surveillance

Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
C-1.19 Installer la ventilation manuelle ou mécanique selon les paramètres spécifiés par l'anesthésiste	X		X				Le médecin responsable de l'anesthésie doit être dans le même bloc opératoire pour exercer sa surveillance
C-1.20 Administrer dans un soluté ou la tubulure d'un soluté déjà installé les divers médicaments d'usage courant pour les fins d'anesthésie par voie intraveineuse	X			X			— En salle d'opération ou d'accouchement — Selon la liste de médicaments établie par le département d'anesthésie
C-1.21 Administrer des substances anesthésiques par voie épidurale si cathéter déjà installé							
a) pour fins de diagnostic ou d'analgésie	X	X			X	X	
b) pour fins obstétricales							
— durant le travail	X		X		X	X	
— durant l'accouchement	X			X	X	X	
c) pour fins chirurgicales	X			X	X	X	
Durant l'émergence de l'anesthésie							
C-1.22 Fermer les débitmètres de l'appareil d'anesthésie	X			X			
C-1.23 Procéder à l'aspiration des sécrétions du pharynx et de la trachée	X			X			
C-1.24 Administrer dans un soluté ou la tubulure d'un soluté déjà installé les divers médicaments prescrits par le médecin				X			
C-1.25 Procéder à l'extubation	X			X			

Décision, 81-09-18, (1982) 114 G O 2, 21
D 1891-83, (1983) G O 2, 4207, (eff 83-10-12)
D 725-84, (1984) G O 2, 1867, (eff 84-05-02)

c. I-8, r.1

Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou des infirmiers

Loi sur les infirmières et les infirmiers
(L.R.Q., c. I-8, a. 12, par. *a*)

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26)

SECTION I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.01. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

a) « acte » : tout acte prévu aux annexes du présent règlement ;

b) « centre hospitalier » : tout centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5) ;

c) « directeur des soins infirmiers » : tout directeur des soins infirmiers prévu à l'article 115 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;

d) « établissement » : tout établissement tel que défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;

e) « infirmière ou infirmier responsable des soins infirmiers » : toute personne inscrite au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec désignée par le conseil d'administration de l'établissement pour planifier, coordonner et contrôler les activités relatives aux soins infirmiers dans un établissement autre qu'un centre hospitalier ;

f) « infirmière ou infirmier » : toute personne inscrite au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ;

g) « infirmière auxiliaire ou infirmier auxiliaire » : toute personne inscrite au tableau de la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec ;

h) « procédé de soins » : description des différentes procédures, méthodes et limites, propres au milieu, qui doivent être observées par quiconque lorsqu'un acte est posé et qui sont établies par le directeur des soins infirmiers ou par l'infirmière ou l'infirmier responsable des soins infirmiers ou, lorsque l'acte est posé dans un cabinet de médecin, par le médecin traitant ou, en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire ;

i) « puéricultrice ou garde-bébé » : toute personne qui possède un diplôme de puéricultrice ou de garde-bébé reconnu par le ministère de l'Éducation ou qui possède, le 11 juin 1980, un diplôme de puéricultrice ou de garde-bébé d'une école reconnue, à cette même date par la Fédération des écoles de puéricultrices ou par la Commission des écoles des garde-bébés du Québec ;

j) « personne habilitée » : toute personne à qui le présent règlement permet, aux conditions qui y sont énoncées, de poser un acte mentionné aux annexes ;

k) « surveillance à distance » : disponibilité d'une infirmière ou d'un infirmier ou, dans un cabinet de médecin, du médecin traitant ou, en son absence, du médecin responsable du bénéficiaire, lors de l'exécution de l'acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un délai raisonnable ;

l) « surveillance immédiate » : présence physique d'une infirmière ou d'un infirmier dans le pièce lors de l'exécution de l'acte ;

m) « surveillance sur place » : disponibilité d'une infirmière ou d'un infirmier dans l'unité de soins où est exécuté un acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un court délai.

1.02. La Loi d'interprétation (L.R.Q., c. I-16) s'applique au présent règlement.

SECTION II
PRINCIPES GÉNÉRAUX

2.01. Toute personne habilitée peut en tout endroit poser un acte si elle remplit toutes les conditions énoncées au présent règlement.

Toutefois, avant de poser un acte, une personne habilitée doit s'assurer qu'elle possède les connaissances et la préparation suffisantes pour le poser.

2.02. Toute personne habilitée exerçant pour un établissement peut poser tout acte visé au présent règlement sauf :

a) si cet acte a été désigné par l'établissement comme ne pouvant être posé ; et

b) si elle ne remplit pas les conditions locales déterminées par le présent règlement.

SECTION III
CONDITIONS LOCALES

3.01. La désignation par un établissement des actes et la détermination des conditions locales se font par règlement du conseil d'administration de l'établissement.

3.02. Dans la désignation des actes prévus aux annexes qui peuvent être posés par les personnes habilitées, de même que dans la détermination de conditions locales requises pour poser ces actes, tout établissement tient compte des facteurs suivants :

a) protection du public ;

b) le plan d'organisation du service des soins infirmiers établi dans l'établissement en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;

c) la recommandation du directeur des soins infirmiers ou de l'infirmière ou infirmier responsable des soins infirmiers ;

d) les ressources du milieu ;

e) la préparation et l'expérience des personnes habilitées.

SECTION IV
APPLICATION DU RÈGLEMENT

4.01. Tout établissement ou, dans un cabinet de médecin, tout médecin traitant ou, en son absence, tout médecin responsable du bénéficiaire, s'assure que les conditions énoncées au présent règlement sont remplies par toute personne habilitée.

4.02. Le directeur des soins infirmiers ou l'infirmière ou l'infirmier responsable des soins infirmiers doit, s'il le juge nécessaire et eu égard à la nature et à l'importance de l'acte, contrôler l'exécution de l'acte et s'assurer, le cas échéant, du respect du procédé de soins.

4.03. Lorsqu'une personne habilitée ne remplit pas les conditions énoncées au présent règlement, l'infirmière ou l'infirmier responsable des soins infirmiers ou, dans un centre hospitalier, sur rapport du coordonnateur en soins infirmiers, à la suite d'une recommandation de l'infirmière ou de l'infirmier chef de qui relève la personne, le directeur des soins infirmiers ou, dans un cabinet de médecin, le médecin traitant ou, en son absence, le médecin responsable du bénéficiaire, doit enjoindre cette personne de ne plus poser l'un ou plusieurs des actes mentionnée aux annexes, jusqu'à ce qu'elle satisfasse aux conditions requises.

4.04. Le comité de révision des actes visés au présent règlement, formé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, surveille l'application du présent règlement ; il reçoit et étudie les demandes de modifications à apporter au présent règlement en collaboration notamment avec la Corporation professionelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

SECTION V
PERSONNES HABILITÉES

5.01. En plus des activités qui lui sont permises par la loi, toute infirmière auxiliaire ou tout infirmier auxiliaire peut poser un acte mentionné à l'annexe A, sous réserve de la section II.

5.02. Toute puéricultrice ou toute garde-bébé peut poser un acte mentionné à l'annexe B, sous réserve de la section II.

5.03. Malgré l'article 5.01, toute personne qui, le 11 juillet 1980, exerce les activités décrites au paragraphe *p* de l'article 37 du Code des professions, peut poser un acte mentionné à l'annexe A, sous réserve de la section II.

SECTION VI
INTERPRÉTATION

6.01. Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme restreignant :

a) le droit de toute infirmière ou de tout infirmier d'exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier et notamment, le cas échéant, de planifier et contrôler l'acte ;

b) l'obligation de l'infirmière ou de l'infirmier responsable des soins infirmiers et, dans un centre hospitalier, du directeur des soins infirmiers, de contrôler et d'évaluer les soins infirmiers et notamment les actes mentionnés aux annexes du présent règlement ;

c) le droit pour tout professionnel de poser les actes qu'une loi l'habilite à poser ;

d) l'obligation pour toute corporation professionnelle de surveiller l'exercice de la profession par ses membres ;

e) le droit de tout bénéficiaire de recevoir les soins qui sont requis d'urgence.

ANNEXE A
(a. 1.01, 3.02, 4.03, 5.01, 5.03 et 6.01)

LISTE DES ACTES	*CONDITIONS PRESCRITES* (La présence d'un « X » dans la colonne appropriée indique que la condition prescrite en titre de cette colonne est obligatoire lors de l'exécution de l'acte visé).				
ACTES CONSISTANT À :	*Surveillance à distance*	*Surveillance sur place*	*Surveillance immédiate*	*Procédé de soins*	*AUTRES CONDITIONS*
A-1 Surveiller les signes neurologiques suivants : a) les réflexes pupillaires ; b) les réflexes à la douleur ; et c) l'état de conscience.				x	
A-2 Surveiller une perfusion intraveineuse et en maintenir le débit.				x	
A-3 Enlever une perfusion intraveineuse si administrée à l'aide d'un cathéter de moins de 5 pouces.				x	
A-4 Administrer une drogue contrôlée ou un stupéfiant par voie orale, intramusculaire, sous-cutanée et intradermique.				x	
A-5 Administrer un médicament par voie orale, intramusculaire, sous-cutanée et intradermique.				x	Sauf un vaccin ou un médicament de recherche.
A-6 Faire un pansement aseptique.				x	Sauf en post-opératoire immédiat.
A-7 Entretenir une colostomie.				x	Sauf en post-opératoire immédiat.
A-8 Entretenir une trachéotomie incluant le nettoyage de la canule interne et l'aspiration des sécrétions.				x	Sauf si rattachée à un appareil d'assistance respiratoire et sauf en post-opératoire immédiat.

ACTES CONSISTANT À :	*Surveillance à distance*	*Surveillance sur place*	*Surveillance immédiate*	*Procédé de soins*	*AUTRES CONDITIONS*
A-9 Administrer un gavage si le tube est en place.				x	Sauf chez les prématurés.
A-10 Donner les soins infirmiers au nouveau-né en incubateur.		x		x	
A-11 Assurer le service interne en salle d'opération.			x		
A-12 Faire un lavage vésical.				x	Sauf chez les transplantés rénaux, en post-opératoire en urologie et en post-opératoire en gynécologie.
A-13 Installer, changer ou enlever un cathéter vésical.				x	Sauf chez les transplantés rénaux, en post-opératoire en urologie et en post-opératoire en gynécologie.
A-14 Faire une irrigation vaginale.				x	Sauf en post-opératoire en gynécologie.
A-15 Donner un lavement évacuant.				x	
A-16 Prélever :				x	
— urine, — selles, — expectorations, — sécrétions des yeux, du nez, des oreilles, de la gorge, de l'anus et de l'ombilic, — oeufs d'oxyures vermiculaires.					

ANNEXE B
(*a. 1.01, 3.02, 4.03, 5.02 et 6.01*)

Les actes mentionnés dans la présente annexe ne peuvent être posés qu'en pouponnière et en pédiatrie

LISTE DES ACTES		*CONDITIONS PRESCRITES* (La présence d'un « X » dans la colonne appropriée indique que la condition prescrite en titre de cette colonne est obligatoire lors de l'exécution de l'acte visé).				
ACTES CONSISTANT À :		*Surveillance à distance*	*Surveillance sur place*	*Surveillance immédiate*	*Procédé de soins*	*AUTRES CONDITIONS*
B-1	Surveiller les signes neurologiques suivants : a) les réflexes pupillaires ; b) les réflexes à la douleur ; et c) l'état de conscience				x	
B-2	Surveiller une perfusion intraveineuse et en maintenir le débit				x	
B-3	Enlever une perfusion intraveineuse si administrée à l'aide d'un cathéter de moins de 5 pouces				x	
B-4	Administrer un médicament par voie orale, intramusculaire				x	Sauf un anticoagulant, une drogue contrôlée, un stupéfiant, un cardiotrope, un hypotenseur ou un médicament de recherche
B-5	Faire un pansement aseptique				x	Sauf en post-opératoire immédiat
B-6	Entretenir une colostomie				x	Sauf en post-opératoire immédiat
B-7	Administrer un gavage si le tube est en place				x	Sauf chez les prématurés
B-8	Donner les soins infirmiers au nouveau-né en incubateur		x		x	

ACTES CONSISTANT À :	*Surveillance à distance*	*Surveillance sur place*	*Surveillance immédiate*	*Procédé de soins*	*AUTRES CONDITIONS*
B-9 Faire un lavage vésical.				x	Sauf chez les transplantés rénaux, en post-opératoire en urologie et en post-opératoire en gynécologie.
B-10 Donner un lavement évacuant				x	
B-11 Prélever :				x	
— urine par autre méthode que le cathétérisme, — selles, — expectorations, — sécrétions des yeux, du nez, des oreilles, de la gorge, de l'anus et de l'ombilic, — oeufs d'oxyures vermiculaires.					

D. 1423-80, (1980) 122 G.O. II, 2935
Décision du 28 et 29 mai 1981, (1981) G.O. II, 2633

LISTE DES 42 ACTES DE LA ZONE GRISE

- Changer le contenant du soluté en cours.
- Installer et changer les tubulures.
- Surveiller une transfusion sanguine.
- Enlever une perfusion intraveineuse si dissection veineuse.
- Surveiller et calculer la pression veineuse centrale.
- Administrer un médicament par voie intraveineuse.
- Irriguer, tirer et enlever des drains.
- Retirer, enlever et changer des mèches.
- Débrider une plaie, une brûlure ou une lésion cutanée.
- Changer le premier pansement post-opératoire.
- Entretenir une iléostomie.
- Mesurer la stomie pour l'application initiale d'appareils.
- Faire la dilatation de la stomie.
- Changer les cordons de la canule externe.
- Aspirer les sécrétions chez le bénéficiaire intubé.
- Gonfler et dégonfler le ballonet de la canule endotrachéale.
- Faire un lavage gastrique.
- Installer un tube gastrique.
- Aspirer les sécrétions gastriques.
- Assurer le service externe en salle d'opération.
- Entretenir une cystostomie.
- Procéder à l'enlèvement digital de fécalome.
- Faire un curetage rectal au moyen de spatule douce.

Prélèvements:

. sécrétions vaginales;

. sécrétions de plaie;

. sang par ponction veineuse;

. sang par ponction capillaire.

- Procéder à l'examen de santé.
- Procéder au clapping et vibration thoracique.
- Faire l'irrigation de l'oeil.
- Faire un lavage d'oreille.
- Installer et vérifier les tractions diverses.
- Surveiller le moniteur cardiaque.
- Enlever les mèches vaginales.
- Assister la patiente durant le travail et l'accouchement.
- Compter les battements du coeur fétal.
- Surveiller le moniteur foetal.
- Mesurer la dilatation et l'effacement du col au cours du travail.
- Evaluer les contractions utérines.
- Surveiller un soluté avec médication ocytocique.
- Surveiller l'involution utérine.
- Faire un massage utérin.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemare, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin – *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger – *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont – *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault – *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx – *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron – *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon – *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista – *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville – *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge – *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy – *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"